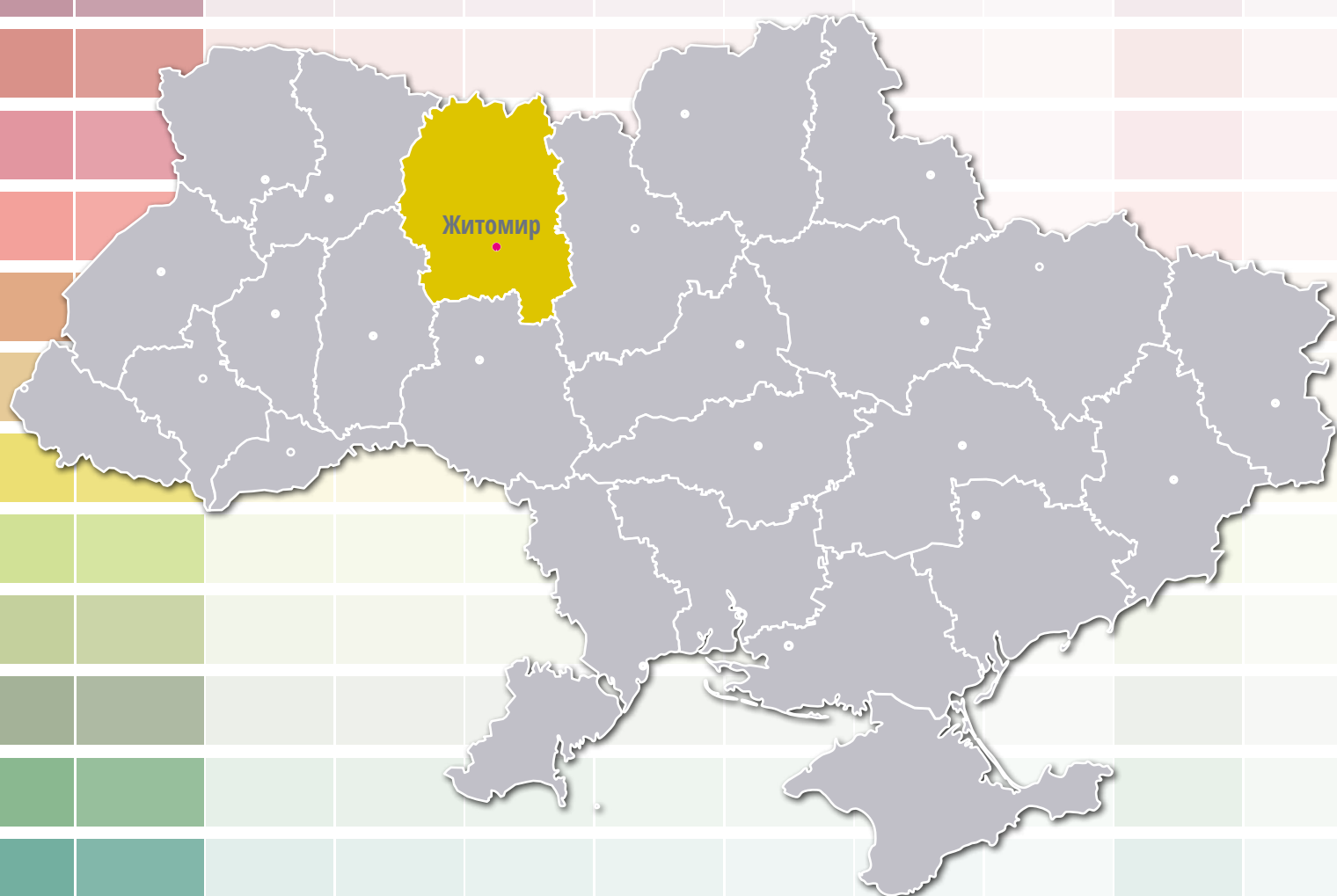


ЗВІТ

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

У ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ



ЗВІТ

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

У ЖИТОМИРСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.42)](047.32)

О-93

Авторський колектив:

Галінський Ю.Я. головний лікар обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом Житомирської обласної ради, регіональний координатор в рамках проведення оцінки

Варваровська О.П. керівник центру МіО обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом Житомирської обласної ради, консультант з проведення аналізу, обробки даних та оцінки програми

Сенкевич В.Г. фахівець центру МіО обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом Житомирської обласної ради, консультант з проведення аналізу, обробки даних та оцінки програми

Самко М.В. національний ментор в рамках проведення оцінки програми, консультант проекту «Метіда», МБФ «Альянс громадського здоров'я»

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

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009 – 2016 роки у Житомирській області. Звіт** – Галінський Ю., Варваровська О., Сенкевич В., Самко М., Масюк Л., Новак Ю. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна 2018. – 104 с.

ISBN 978-966-137-090-5

Оцінка регіональної програми була проведена фахівцями обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом Житомирської обласної ради 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 Житомирській області» висвітлені статистичні та аналітичні дані щодо ВІЛ за 2009-2016 рр., відображена епідемічна ситуація в регіоні, стратегічні підходи до організації заходів протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Житомирській області, стан надання медичної допомоги ЛЖВ.

Використання даних «Звіту про результати оцінки регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за 2009 – 2016 роки у Житомирській області» рекомендоване для оперативного реагування, формування стратегії, моніторингу і 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 авторські права обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом Житомирської обласної ради.

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](477.42)](047.32)

ISBN 978-966-137-090-5

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2018

ЗМІСТ

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ..	4
2. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.	6
3. ВСТУП	8
4. МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ..	9
5. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ..	13
5.1. Стан епідемічної ситуації в області.	13
5.2. Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017	18
5.3. Аналіз впровадження АРТ..	19
5.4. Аналіз заходів консультування і тестування на ВІЛ	27
5.5. Аналіз профілактичних ВІЛ-послуг для людей, які вживають ін'єкційні наркотики	34
5.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-послуг для чоловіків, які мають секс з чоловіками.	41
5.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-послуг для працівників комерційного сексу.	46
6. ВИСНОВКИ.	52
7. РЕКОМЕНДАЦІЇ..	54
8. ПЛАН ЗАХОДІВ	59
ДОДАТК 1.	62
Таблиця вводу значень індикаторів впливу.	62
ДОДАТОК 2.	72
Значення індикаторів матриці для аналізу даних	72
Індикатори для аналізу впровадження КіТ.	88
Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають ін'єкційні наркотики.	96
Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу	99
Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають секс з чоловіками	101

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ.

З метою виявлення регіональних потреб і надання обґрунтованих рекомендацій щодо формування національної та регіональної програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу з ініціативи ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» та за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань у 2017 р. фахівцями обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом Житомирської обласної ради була здійснена оцінка впровадження регіональних програм у Житомирській області.

За результатами Оцінки встановлено, що в області не відбулася генералізація епідемії ВІЛ-інфекції, оскільки все ще простежується залучення до епідемічного процесу осіб, які належать до груп підвищеного ризику. Показник поширеності ВІЛ серед вагітних становить 0,65%, серед ЧСЧ – 5%, а серед ЛВІН – понад 15%. Але тенденція до зростання рівня інфікованості ВІЛ серед вагітних у віці 15-24 років у 2016 р. свідчить про потенційний ризик поширення епідемії на популяційні підгрупи з низьким рівнем ризикованої поведінки. Серед осіб, взятих під медичний нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, зростає частка мешканців сільської місцевості та кількість хворих на III-IV клінічних стадіях захворювання. Як наслідок, простежується тенденція до збільшення регіонального показника смертності від ВІЛ/СНІДу, переважно за рахунок пацієнтів, які не отримували АРТ. Незважаючи на значне охоплення представників КГН профілактичними послугами на базі НУО, я актуальним залишається ризик інфікування ВІЛ статевим шляхом через низький рівень використання презервативів – як серед ГПР, так і загального населення. Основний спектр лікувальних та профілактичних послуг щодо ВІЛ/СНІДу доступний лише у найбільших містах області. Низькою залишається інтегрованість та децентралізація допомоги ВІЛ-інфікованим жителям. На даний момент, область не наблизилась до досягнення жодного з критеріїв стратегії Fast-Track: третя частина від оціночної кількості ЛЖВ не знають про свій позитивний статус, лише 39% всіх ВІЛ-позитивних ЛЖВ отримують АРТ і лише 31% від їхньої оціночної кількості мають невизначувані рівні вірусного навантаження.

За підсумками оцінювання були сформовані відповідні рекомендації для національного і регіонального рівнів. Серед основних рекомендацій національного рівня: переглянути регіональні квоти щодо призначення АРТ у відповідності до індикатора 90% охоплення послугою; забезпечити стале державне фінансування поставок АРВП та витратних матеріалів на специфічні дослідження (ВН, СД-4, ПЛР); законодавчо врегулювати питання передачі частини АРВП в аптечну мережу; вивчити рівень задоволеності отриманими медичними послугами та перешкоди щодо їхнього отримання серед ЛЖВ та представників КГН; забезпечити належне кадрове забезпечення медичними працівниками пенітенціарної служби та відповідне фінансування цих працівників, передбачити у статистичних формах пенітенціарної служби окремі показники щодо охоплення профілактичними послугами ЧСЧ, ОСБ, ЛВІН; передбачити введення ставок соціальних працівників/психологів на сайтах АРТ з метою ре-

алізації заходів з догляду та підтримки ЛЖВ; переглянути критерії визначення груп ризику з урахуванням поточного стану епідемії ВІЛ-інфекції в Україні; розробити стандарти якості профілактичної роботи; спростити процедуру постановки на ДО для КГН на базі ЗОЗ; інституалізувати послуги з КіТ на ВІЛ на первинній ланці надання медичної допомоги; врегулювати процедуру самотестування на ВІЛ; впровадити програми правової освіти з висвітленням питань толерантності, подолання дискримінації та стигматизації КГН і ЛЖВ; створити сучасний уніфікований дослідницький інструментарій оцінки рівня знань, поведінкових навичок та ставлень молоді до небезпеки інфікування ВІЛ з можливістю порівнювати результати у різних вікових та соціальних групах та за географічним принципом.

На регіональному рівні проведена Оцінка допомогла визначити наступні напрямки роботи: забезпечення подальшої децентралізації АРТ та МН за ЛЖВ шляхом відкриття нових сайтів, включаючи сайти інтегрованих послуг АРТ+ЗПТ; здійснення систематичного моніторингу та планування розподілу АРВП, запровадження електронної бази пацієнтів (MIS) на всіх сайтах; поширення практики тестування на ВІЛ з ініціативи медичних працівників, зокрема, сімейних лікарів; проведення інформаційно-навчальних заходів з питань ВІЛ/СНІДу серед медичних працівників; погодження механізмів звітності та верифікації даних з пенітенціарною службою, а також ВІЛ-сервісними НУО; активне залучення сексуальних партнерів ЛЖВ та КГН до КіТ на ВІЛ, надання їм засобів статевої застороги, регулярне консультування щодо статевих ризиків інфікування; активне залучення мобільної амбулаторії для охоплення профілактичними заходами КГН у віддалених районах; подальший розвиток потенціалу ЦСССДМ; залучення студентів соціально-психологічного факультету ЖДУ ім. Івана Франка до волонтерської роботи з КГН.

2. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.

АРВП	антиретровірусні препарати
АРП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
ВДТБ	вперше діагностований ТБ
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
УОЗ	управління охорони здоров'я
ДГ	диспансерна група
ДКВС	Державна кримінально-виконавча служба України
ДУ	державна установа
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення України
КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КЗ	комунальний заклад

KIZ	кабінет інфекційних захворювань
KiT	консультування і тестування
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг та оцінка
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НУО	неурядова організація
ОДА	обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОСБ	особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
ПЛР	полімеразно ланцюгова реакція
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
ПТБС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу та оцінки
СЕМ	сероепідемічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ЖОЦПБ із СНІДом	обласний центр профілактики та боротьби із СНІДом Житомирської обласної ради
ТМО	територіальне медичне об'єднання
УОЗ	управління охорони здоров'я
ЦСССДМ	центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом
SPECTRUM	програмне забезпечення для моделювання розвитку епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

3. ВСТУП

На даний момент Україна не має досвіду комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм та їхнього впливу на епідемію в регіонах країни. Зважаючи на те, що профілі епідемії ВІЛ/СНІДу дуже відрізняються від області до області, доцільно проводити оцінювання відповіді кожного регіону окремо, аби виявити специфічні для кожної області питання, що потребують особливої уваги. Тому дана оцінка є важливим кроком у розробці та впровадженні регіональних програм на 2019–2023 роки, які мають повною мірою відповідати новій стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу (Fast-Track) та забезпечить виконання цільових показників «90-90-90».

Оцінка регіональних програм проведена фахівцями ЖОЦПБ із СНІДом у співпраці з ЦГЗ та МБФ «Альянс громадського здоров'я» (проект МЕТІДА) за фінансової підтримки Центрів контролю та профілактики захворювань США.

Мета дослідження: оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надати рекомендації щодо формування національної та регіональної програми на 2019–2023 рр. та внесення змін до комплексної програми.

Завдання:

1. Проаналізувати тенденції динаміки індикаторів впливу на епідемію, досягнення показників регіональної програми, плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Плану МіО, цільових показників «90-90-90».
2. Проаналізувати хід реалізації регіональної програми за ключовими напрямками ВООЗ.
3. Проаналізувати результати впровадження регіональної програми, розглянувши ті заходи, які пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, що потребують найбільшої уваги.
4. Розробити рекомендації для формування національної та регіональної програми на 2018–2023 рр. або внесення змін до комплексної програми для забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на обласному рівні.

Період проведення оцінки:

березень – вересень 2017 року.

4. МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ.

Національна стратегія щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції в Україні затверджена на законодавчому рівні у вигляді Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 рр. Для реалізації завдань та заходів програми впродовж 2009-2016 рр. у Житомирській області було прийнято дві регіональні програми протидії ВІЛ-інфекції СНІДу.

Наразі чинною є Регіональна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції СНІДу на 2015-2018 рр., затверджена рішенням Житомирської обласної ради від 28.05.15 р. №1546. Замовником Програми є управління охорони здоров'я Житомирської ОДА. Виконавцями програми, окрім УОЗ ОДА – управління освіти і науки облдержадміністрації, департамент праці та соціального захисту населення облдержадміністрації, департамент сім'ї, молоді та спорту облдержадміністрації, обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, обласна державна телерадіокомпанія, управління Державного департаменту України з питань виконання покарань в області, Житомирська обласна громадська організація «Перспектива», Житомирське обласне відділення ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», благодійний фонд «Нехай твоє серце б'ється». Метою регіональної програми є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу в області, запобігання поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу серед КГН шляхом надання доступу до якісних послуг з профілактики, діагностики та лікування, догляду та підтримки ЛЖВ. Серед очікуваних результатів ефективності Програми:

- значне зменшення кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед населення за поступовим унеможливленням інфікування;
- зменшення на 50% ризику інфікування ВІЛ серед медичних працівників під час надання медичної допомоги пацієнтам;
- зменшення на 50% кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед представників груп підвищеного ризику;
- зменшення до 1% кількості випадків інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини;
- забезпечення доступу представників КГН до участі у профілактичних програмах;
- залучення 100% учнівської і студентської молоді до програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя;
- надання ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ, медичної допомоги та соціальних послуг з догляду та підтримки;

- забезпечення ЛЖВ, які цього потребують, доступом до безперервного лікування АРВ-препаратами;
- зменшення на 50% смертності від туберкульозу серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/ТБ;
- залучення до постійної участі у програмах ЗПТ не менше 35% ЛВІН та, за потреби, їхньої участі у програмах реабілітації;
- формування у населення толерантного ставлення до ЛЖВ та представників КГН із зниженням на 50% рівня їх дискримінації.

Фінансування Програми відбувалося за рахунок коштів державного, обласного та місцевих бюджетів, Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією, а також інших джерел. Обсяги його визначаються щороку, виходячи з конкретних завдань та можливостей фінансового забезпечення у відповідному бюджетному періоді.

Підхід регіональної оцінки поєднав рекомендації ВООЗ, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз. Оцінка регіональної програми починалася з кабінетного дослідження. Першочергово оцінювався вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом аналізу ключових індикаторів Плану МіО та показників каскаду послуг ЛЖВ. Каскад був побудований згідно з рекомендаціями ВООЗ, адаптованими до особливостей системи епіднагляду на регіональному рівні. Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів було сформовано перелік показників, які не досягли цільових значень або опосередковано свідчать про необхідність додаткового вивчення ситуації.

ВООЗ виділяє 15 основних напрямків для проведення оцінки. У рамках проведення даної Оцінки, було обрано п'ять напрямків програмних заходів Програми, які найбільше впливають на каскад лікування, а саме:

- АРТ (включно з АРТ для КГН та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ). КіТ (включно з КіТ серед КГН).
- Профілактичні ВІЛ-послуги для ЛВІН.
- Профілактичні ВІЛ-послуги для ЧСЧ.
- Профілактичні ВІЛ-послуги для ОСБ.

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

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

В процесі дослідження були співставлені заходи Програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці запитання були зібрані додаткові кількісні вторинні дані та проведені регіональні зустрічі і консультації.

Збір наявної кількісної інформації відбувався за наступними основними джерелами:

- СЕМ;
- РЕН;
- дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед КГН за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень;
- дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX);
- дані прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу у програмі SPECTRUM;
- дані спеціальних досліджень.

Проведено синтез та аналіз даних щодо факторів впливу на результативність Програми. Схему загального підходу Оцінки зображено на **Рис.1**.

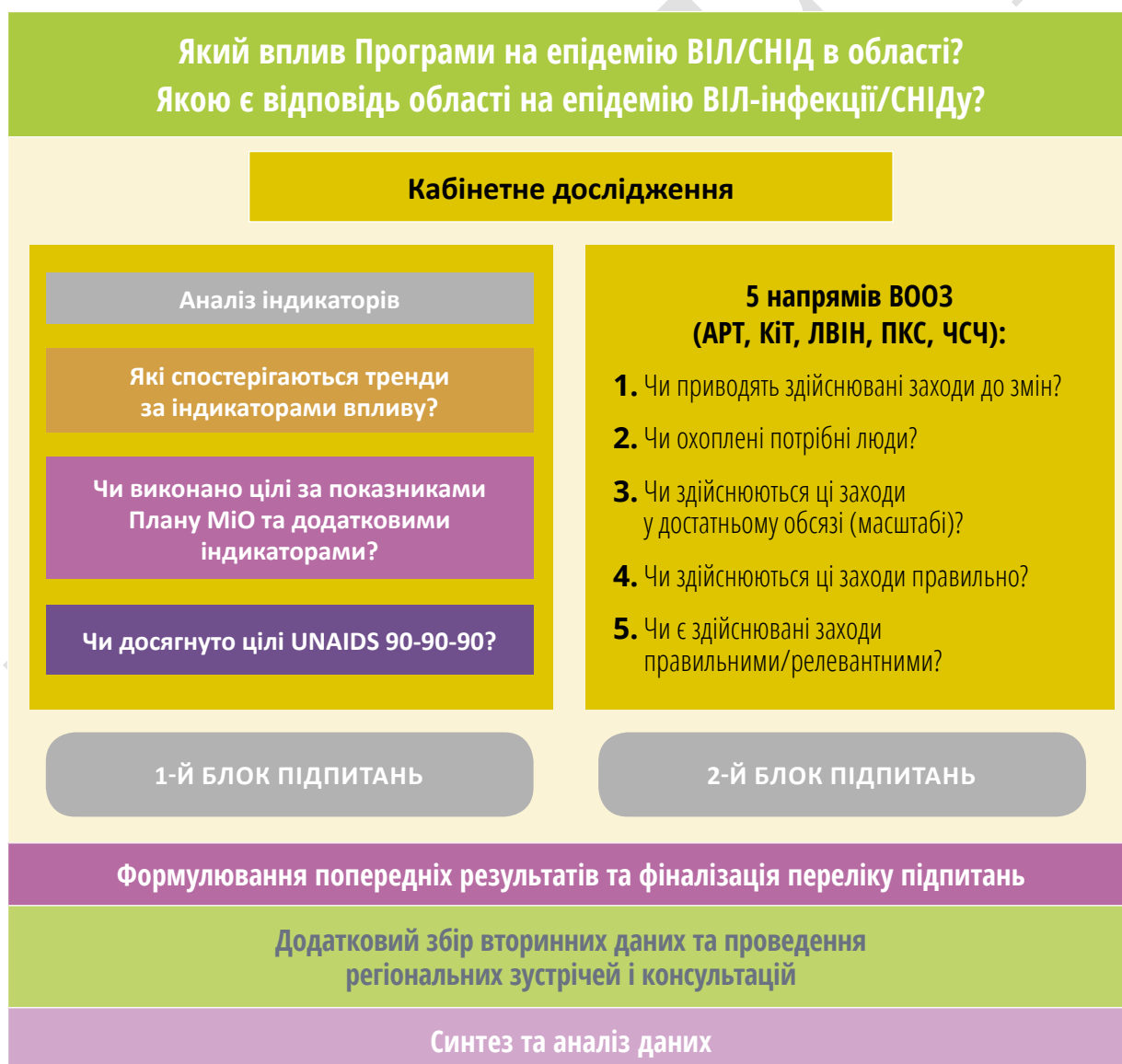


Рис.1 Схема загального підходу до оцінки Програми.

До проведення Оцінки були залучені експерти від ЗОЗ, НУО, установ ДКВС, представники КГН, робота з якими проводилась у форматі засідання робочої групи. 19.04.2017 було проведене обговорення попередніх результатів оцінки РП за період 2009-2016 рр. та напрацьовані рекомендації стосовно удосконалення заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 рр. для регіонального та національного рівнів.

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

DRAFT

5. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ.

5.1. Стан епідемічної ситуації в області.

За період 1995-2016 рр. в області зареєстровано 5323 випадків ВІЛ-інфекції (включаючи дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками), в тому числі 1822 особи із захворюванням на СНІД, 865 з яких померло.

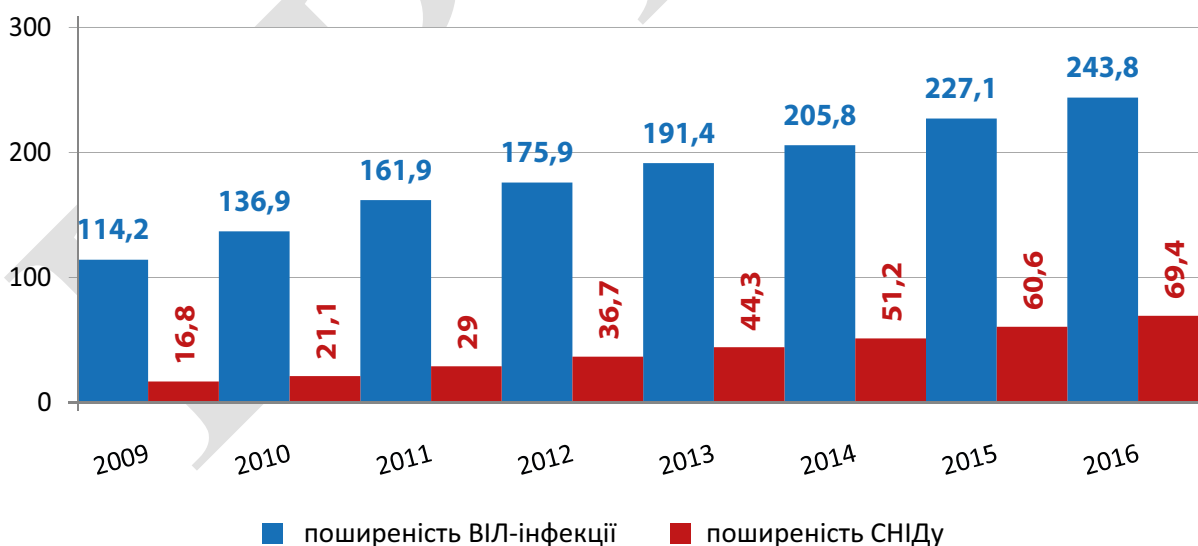


Рисунок 2. Поширеність ВІЛ-інфекції та СНІДу (на 100 тис.населення), 2009-2016 рр.

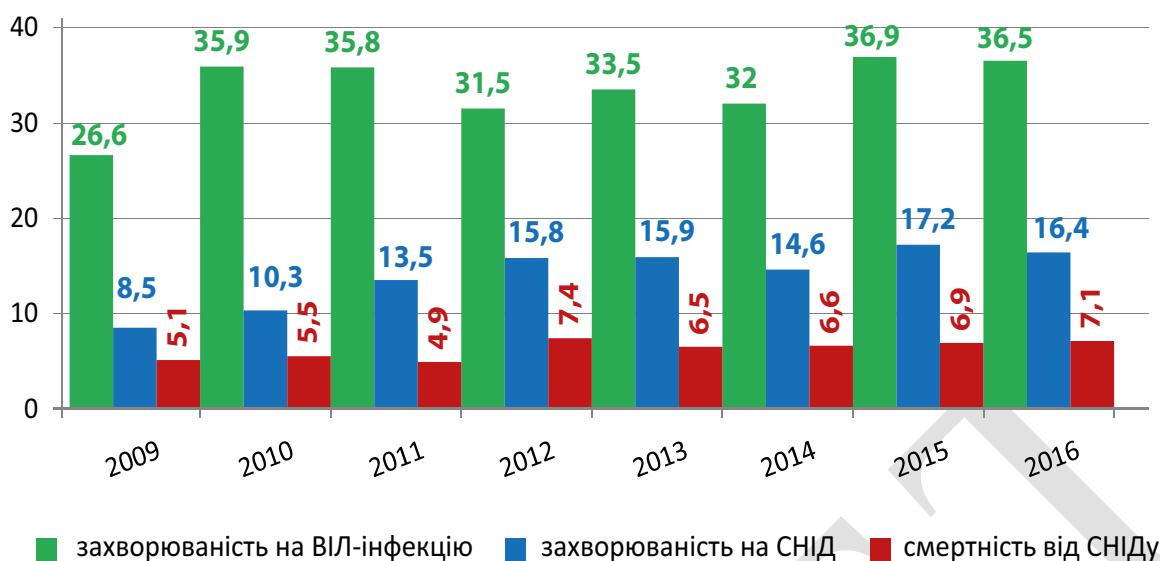


Рисунок 3. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертність від СНІДу (на 100 тис.населення), 2009-2016 рр.

Впродовж 1987-1994 рр. випадки ВІЛ-інфекції в області не реєструвались. Починаючи з 1995 р. реєструється зростаюча тенденція показника захворюваності (1995 р. – 0,3 на 100 тис. населення; 2016 р. – 36,4).

Частка ЛЖВ, які належать до активної диспансерної групи, щорічно зростає і у 2016 р. становила 89,% (2013 р. – 79,3%).

Спостерігається позитивна динаміка показника охоплення ЛЖВ медичним наглядом. Так, у 2016 р. у ЗОЗ взято під МН 71,% ВІЛ-інфікованих (2009 р. – 52,0%). Разом з тим, за даними РЕН, лише у 50,% взятих під МН у 2016 р. ВІЛ-інфекція була виявлена протягом цього ж року (у 2009 р. – у 33,2%).

За даними СЕМ, в період 2009-2016 рр. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію практично залишався на сталому рівні (2009 р. – 44,3, 2016 р. – 42,8 на 100 тис. населення). Щорічно кількість виявлених нових випадків коливається у межах 500 – 600 осіб, при характерному зменшенні загальної кількості осіб, які проходили обстеження на ВІЛ (у 2009 р. – 73106 осіб, у 2016 р. – 61391).

Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію, за даними РЕН, демонструє тенденцію до зростання (у 2009 р. – 26,6 осіб на 100 тис. населення, у 2016 р. – 36,5). Вище обласного у 2016 р. показники захворюваності були зареєстровані в Брусилівському (46,1 на 100 тис. населення), Коростишівському (84,0 на 100 тис. населення), Володар-Волинському 45,0 (на 100 тис. населення), Житомирському (37,4 на 100 тис. населення), Народицькому (42,8 на 100 тис. населення), Черняхівському (38,0 на 100 тис. населення) районах та містах Бердичів (55,9 на 100 тис. населення) і Житомир (43,6 на 100 тис. населення).

47,1% всіх ВІЛ-інфікованих осіб проживає в трьох містах області – Бердичеві, Житомирі та Коростені. Разом з тим, епідемія ВІЛ-інфекції поступово поширюється на сільську місцевість (2009 р. – 22,0%, 2016 р. – 33,% зареєстрованих випадків).

Серед кумулятивної кількості зареєстрованих за період 2009–2016 рр. ВІЛ-інфікованих осіб усіх вікових груп переважають чоловіки (60,0%). У зв'язку з активізацією в області з 2009 р. статевому шляху інфікування ВІЛ. частка жінок серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом «ВІЛ-інфекція» у віці 15-24 років збільшилася (з 60,0% у 2009 р. до 74,% у 2016 р.).

Стосовно вікової структури ВІЛ-інфікованих, спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб, старших 30 років (з 46,8% у 2009 р. до 60,2% у 2016 р.) і, відповідно, зменшення частки вікової групи молодших 30 років (з 53,2 % у 2009 р. до 39,8% у 2016 р.). Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб у віці до 30 років частка жінок (21,0%) перевищувала частку чоловіків (19,0%), а серед старших 30 років – навпаки (чоловіки 41,0%, жінки 19,0%). Таким чином, можна зробити висновок, що епідемія вражає жінок у більш ранньому віці, ніж чоловіків.

До 2009 р. епідемія в області розгорталась серед ЛВІН. Проте темп цього процесу поступово уповільнювався і статистично відбувся перехрест шляхів інфікування, коли зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом інфікування стали перевищувати рівень 50% (2012 р.).

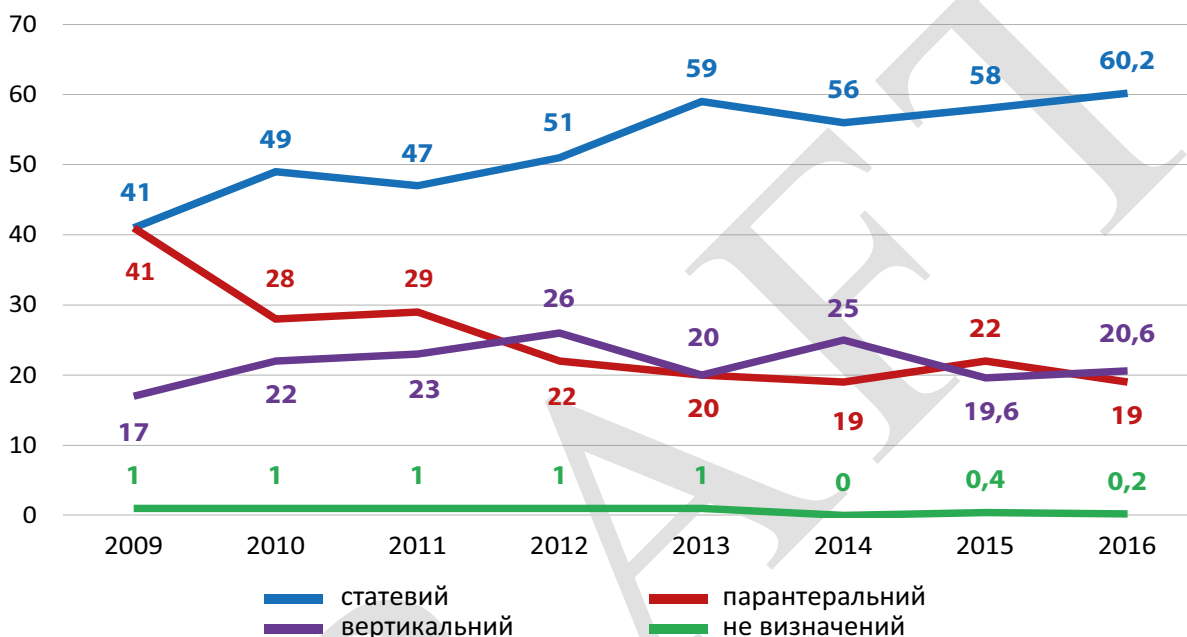


Рисунок 4. Шляхи інфікування ВІЛ, 2009-2016рр.,%

Високий рівень інфікування в 2016 р. спостерігається серед осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими (18,2%), тих, хто перебував у місцях позбавлення волі (40,6%), обстежених анонімно (4,9 %), ЛВІН (1,5%), осіб з клінічними ознаками захворювань (2,7%).

Частка ЛВІН у структурі офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб поступово зменшується (з 41,5% у 2009 р. до 19,1% у 2016 р.). Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН протягом 2014-2016 рр. зменшується, як за даними СЕМ (4,5%-1,5%), так і за даними НУО (10,5%-3,6%).

Станом на 01.01.2017 під МН в області перебувало 866 хворих на СНІД, поширеність становила 69,4 на 100 тис. населення. Протягом 2009 – 2016 рр. в області зріс показник захворюваності на СНІД (з 8,5 на 100 тис. населення у 2009 р. до 16,4 у 2016 р.). Частка осіб, яких було взято на облік на III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, в 2009 р. становила 59,4% (у 2016 р.- 45,2%). У 7% хворих, зареєстрованих в 2016 р., позитивний результат був виявлений більш ніж 5 років тому.

За даними епідеміологічного моніторингу з 2009 р. в області зареєстровано 921 випадок смертей серед ЛЖВ, у т.ч. 633 – від захворювань, обумовлених СНІДом; рівень смертності від СНІДу коливається від 5,1 на 100 тис. населення (2009 р.) до 7,1 (2016 р.). Серед усіх 516 осіб, померлих протягом 2013-2016 рр., у 66,% випадків причиною смерті стали стани, безпосередньо пов'язані з ВІЛ, з яких 99,7% померли від СНІДу. Серед інших причин смерті серед ЛЖВ зафіксовано: ТБ – 0,3% (2 випадки), вірусні гепатити В, С та цироз печінки – 6,7% (35 випадків), інші захворювання – 21,% (111 випадків), інші причини – 4,% (21 випадок).

Протягом 2013-2016 рр. у кожному другому випадку помирали хворі на поєднану патологію ВІЛ/ТБ (153 випадки; 44,8%). Серед померлих ЛЖВ зафіксовано 11 дітей у віці до 14 років та 223 ЛВІН (53,6%).

Рівень смертності від СНІДу залишається високим. Протягом 2009 – 2016 рр. 633 особи померло від захворювань, зумовлених ВІЛ, а показник смертності збільшився з 7,5 (2009 р.) до 10,3 на 100 тис. населення (2016 р.). Серед померлих переважають чоловіки (у 2016 р. – 65,0%). Збільшується частка осіб, померлих від СНІДу, старших 50 років (у 2013 р. – 7,5%, у 2016 р. – 10,6%).

Відзначається зростання рівня смертності ЛЖВ з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ (у 2009 р. – 1,9 на 100 тис. населення, у 2016 р. – 3,1). Серед померлих у 2016 р. ЛЖВ 22,1% осіб були поставлені на диспансерний облік протягом першого року від моменту виявлення антитіл на ВІЛ, 35,2% – протягом 1 – 3 років, 16,7% – через 3 – 5 років; 26,% – через 5 і більше років. Серед тих, хто уникає контактів з медичними працівниками і стає на диспансерний облік у пізні терміни переважають ЛВІН (24,% за даними реєструційних карт). Четверта частина померлих ВІЛ-інфікованих осіб перебували під МН менше року.

Поширеність ВІЛ-інфекції в області, за даними РЕН, щорічно зростає і станом на 01.01.2017 становила 243,9 на 100 тис. населення. Під МН перебуває 3044 ВІЛ-інфікованих. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу на території області поширена нерівномірно. Високий рівень характерний для Бердичева (353,8 на 100 тис. населення), Коростеня (291,7 на 100 тис. населення), Житомира (364,9 на 100 тис. населення), Коростишівського (568,1 на 100 тис. населення) та Новоград-Волинського (243,6 на 100 тис. населення) районів.

З 2009 р. відзначається суттєве зниження показника поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб у віці до 25 років, в тому числі і серед молодих ЛВІН. У 2009 р. особи у віці 15-24 роки становили 27,7% від ДГ, а в 2016 р. – 11,9%. Загальний рівень інфікованості населення на ВІЛ протягом 2009 – 2016 рр. є сталим та не перевищує 1%.

Рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування незначно збільшився (з 0,28% у 2009 р. до – 0,36% у 2016 р.).

З 2013 р. вперше почав аналізуватись рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних у віці 15-24 роки, що оцінює динаміку нових випадків інфікування серед молоді. У 2016 р. цей показник по області складав 0,34% (у 2013 р. – 0,21%).

Рівень інфікованості серед донорів у 2016 р. залишається високим і становить 0,19% (у 2009 р. – 0,11%).

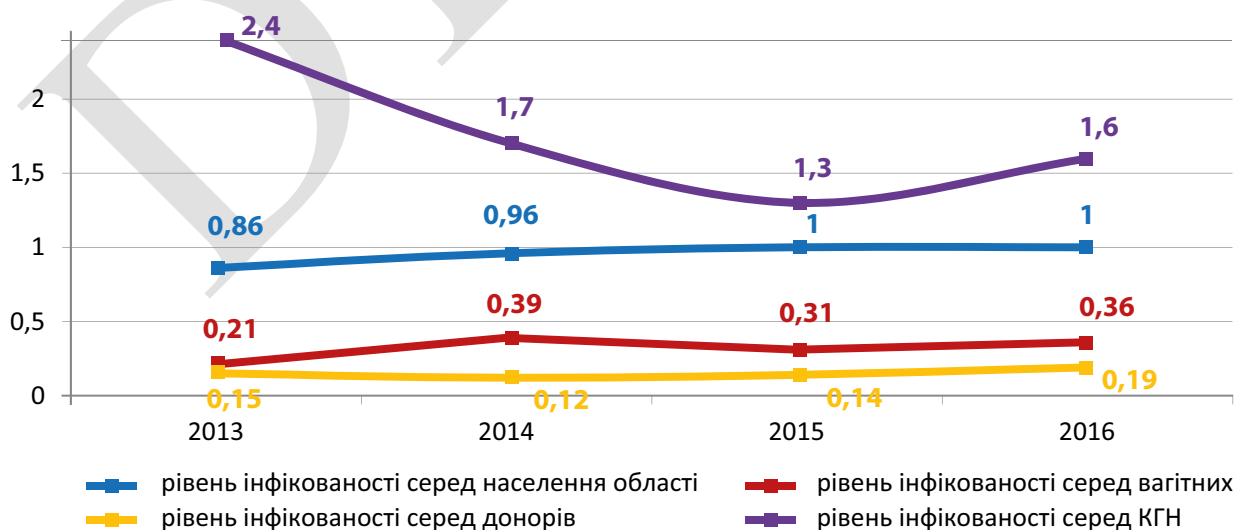


Рисунок 5. Рівні інфікованості населення, вагітних, донорів та КГН, 2013-2016 рр., %

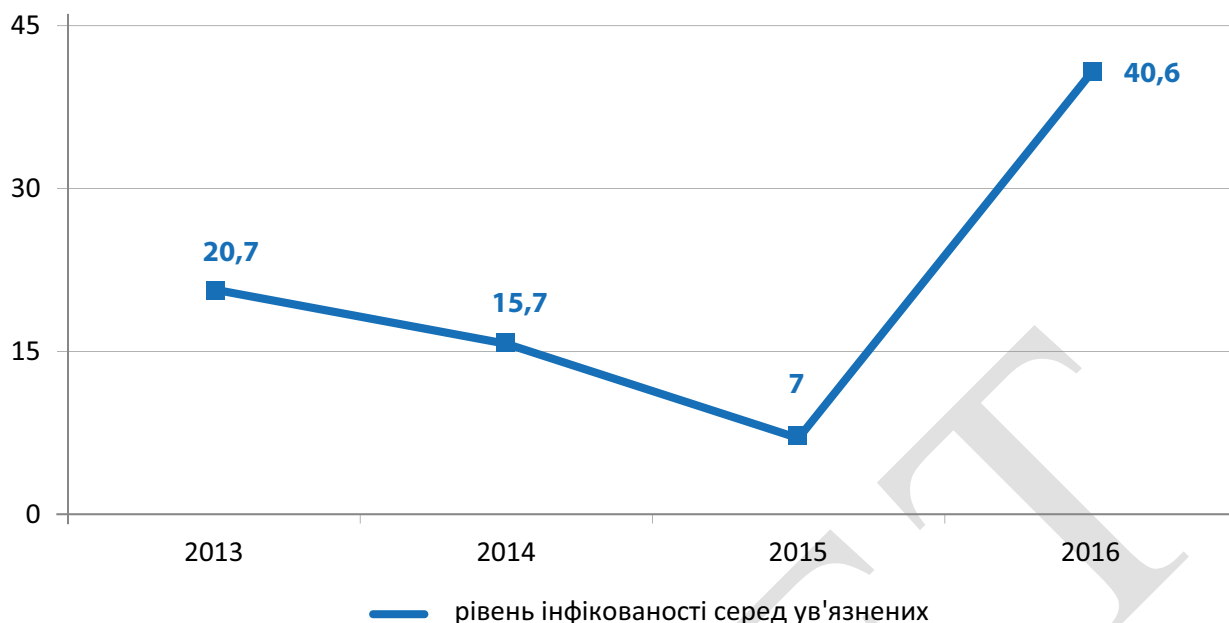


Рисунок 5а. Рівень інфікованості ув'язнених, 2013-2016 рр., %

Показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини в 2014 р. становив 1% та став найнижчим, починаючи з 2010 р. (у 2009 р. – 6,9%).

Проведений аналіз дозволив визначити наступні основні тенденції розвитку епідемії ВІЛ в області:

- Активізація статевого шляху передачі ВІЛ вказує на перехід епідемічного процесу із середовища ЛВІН на загальне населення, хоча в основному епідемія ВІЛ-інфекції все ще підтримується за рахунок ВІЛ-інфікованих ЛВІН. Збільшення випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом серед жінок пов'язане з поширенням ВІЛ серед їхніх сексуальних партнерів-ЛВІН.
- Епідемія ВІЛ-інфекції поступово поширюється на сільські населені пункти.
- У віковій структурі ВІЛ-інфікованих осіб спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб, старших 30 років та зменшення вікової групи до 30 років.
- Протягом 2013-2014 рр. відзначалось зниження темпу приросту захворюваності на ВІЛ, а у 2015-2016 рр. – зменшення.
- Позитивна тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних та донорів не відзначається;
- Охоплення ВІЛ-позитивних осіб області медичним наглядом покращилось, але є недостатнім для втілення індикаторів стратегії Fast-Track.
- Результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ є зростання в області показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу.

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

Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ у Житомирській області відображає виконання профілактичних та лікувальних програм. Він побудований з урахуванням оціночних даних та ґрунтується на рутинних показниках моніторингу тестування, лікування, лабораторного супроводу.

Отримані розрахункові дані були розглянуті та погоджені 28.03.2017 на засіданні регіональної робочої групи з моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії ВІЛ/СНІД та ТБ обласної координаційної ради протидії ВІЛ/СНІДу та ТБ у Житомирській області.

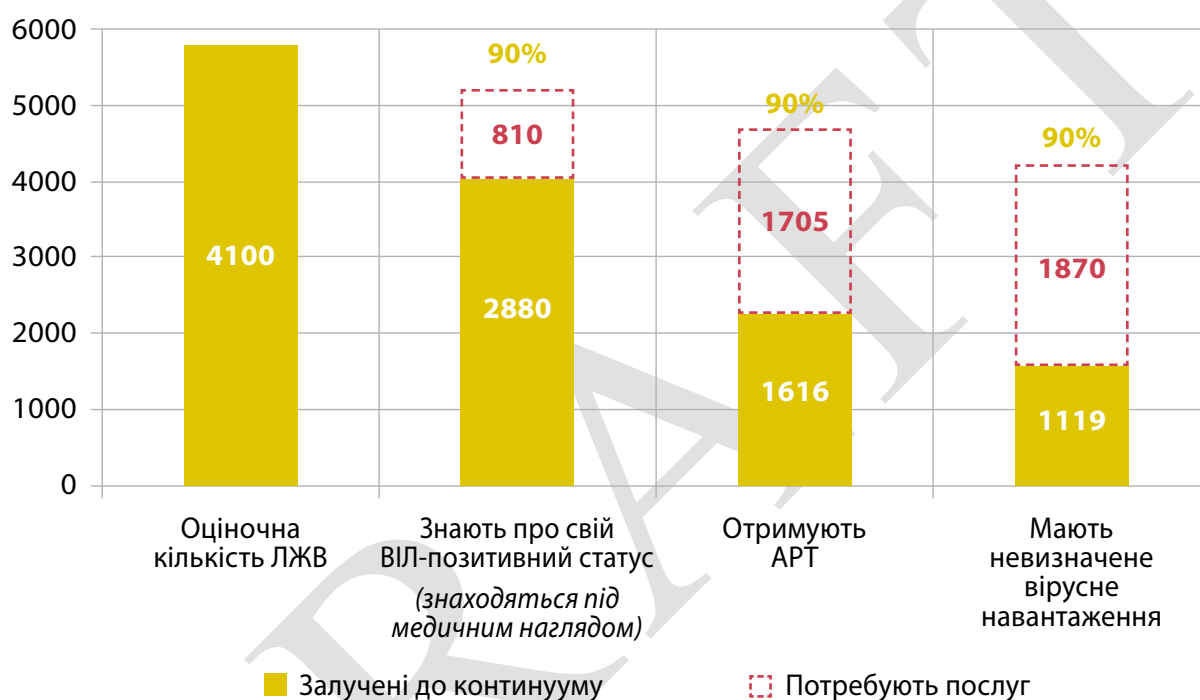


Рис. 6. Крос-секційний каскад послуг ЛЖВ станом на 01.01.2017

За даними офіційної статистики станом на 1.01.2017 р. під МН у 303 області перебувало 2880 ЛЖВ (без урахування дітей з діагнозом «ВІЛ-інфекція у стадії підтвердження»). Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості ЛЖВ складає 1,4:1, тобто кожні 7 осіб із 10 ЛЖВ в області звернулися за медичною допомогою та перебувають на обліку у 303.

70% ЛЖВ знають про свій ВІЛ-статус та перебувають під МН у спеціалізованих медичних закладах. Для досягнення перших 90% стратегії Fast-Track не виявленими та не взятими під МН залишилося 810 ЛЖВ.

АРТ отримують 1616 осіб, що становить 39% від оціночної кількості та 56% від диспансерної групи. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast-Track не залученими до АРТ залишилося 1705 ЛЖВ.

1119 ЛЖВ отримували АРТ більше 6 місяців та досягли невизначуваного рівня ВН, що становить 30% від загальної кількості обстежених на ВН в області або 34% від розрахункової кількості тих, хто повинен отримувати АРТ. Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast-Track необхідно, щоб 1870 ЛЖВ, які отримують АРТ понад 6 місяців, мали невизначений рівень ВН.

5.3. Аналіз впровадження АРТ.

5.3.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Серед основних заходів Регіональної програми щодо забезпечення безперервності АРТ для хворих на ВІЛ-інфекцію передбачено: планування, здійснення закупівель і постачання АРВ-препаратів, створення їхнього запасу та контролю за ціловим використанням, а також забезпечення лікування та медикаментозної профілактики опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань, ускладнень ВІЛ-інфекції та захворювань, зумовлених ВІЛ, у ВІЛ-інфікованих осіб. Показника запланованого охоплення АРТ протягом 2015-2016 рр., визначеного у Програмі, досягнути не вдалося: так, у 2015 р. планувалося охопити 1508 осіб (фактичний показник становив 1225, або 81% від запланованого), а у 2016 р. – 1985 (охоплено 1616 осіб або 81% від запланованої кількості). Разом з тим, питома вага осіб, які знаходились на медичному обліку та отримували АРТ в період 2013 – 2016 рр., зросла з 33% (від всієї диспансерної групи) та 41% (від активної диспансерної групи) в 2013 р. до 53% (від диспансерної групи) та 60% (від активної диспансерної групи) у 2016 р.

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

Показник зняття з МН внаслідок смерті, зумовленої ВІЛ, протягом 2009-2016 рр. за даними Державної служби статистики України залишається високим – в межах 7,2 – 10,7 на 100 тис. населення (у 2016 р. – 10,2 на 100 тис. населення). Показник смертності з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (дані форми №2 ВІЛ/СНІД) є на стабільно високому рівні – в межах 4,4 – 7,4 на 100 тис. населення (у 2016 р. – 7,1 на 100 тис. населення).

У 2009 р. відсоток випадків смерті серед ЛЖВ, які знаходились під МН, становив 4,5%, а в 2016 р. – 2,9%. Зменшення показника пояснюється збільшенням кількості осіб, які перебувають під МН (у 2009 р. – 1480, у 2016 р. – 3044 осіб). 80,3% серед них становили чоловіки (дані 2009 р.), а у 2016 р. зареєстровано зменшення їхньої частки в когорті ЛЖВ, що перебувають під МН (64,0%). У 2009, 2015 і 2016 роках усі хворі були старші 15 років (у 2011 р. – 97%, у 2012-2014 рр. – 99,0%).

Переважає кількість смертей від ВІЛ фіксується серед ЛВІН: 28,7% у 2009 р., 34,8% у 2016 р. Найвищий рівень був зареєстрований у 2012 р. (62,7%). Рівень смертності ЛЖВ серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ залишається практично на одному рівні (2009 р. – 48,4%, 2016 р. – 43,8%), з максимальним показником у 2010 р. – 63,6%. Серед засуджених зареєстровано один смертельний випадок (2015 р.).

Відсутні дані стосовно смертності від ВІЛ серед ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ.

Активна диспансерна група збільшилась з 79,3% (2013 р.) до 89,1% (2016 р.). Чоловіки серед усіх зареєстрованих становили від 44,0% (2013) до 56,7% (2016 р.).

Кількість осіб, які перебували під МН, збільшилась з 1480 осіб (2009 р.) до 3044 (2016 р.), серед яких більшу половину становили чоловіки (2009 р. – 58,0%, 2016 р. – 54,6%). У 2016 р. частка осіб віком 0-14 років дещо зменшилась (7,2%) у порівнянні з 9,9% у 2009 р., відповідно, збільшилась вікова категорія старших 15 років (2009 р. – 90,1%, 2016 р. – 92,3%). Відзначається суттєве зменшення частки ЛВІН (2009 р. – 52,0%, 2016 р. – 33,8%), засуджених (2009 р. – 9,1%, 2016 р. – 4,2%), збільшення частки ЧСЧ (2009 р. – 0,2%, 2016 р. – 0,8%), та поєднаної патології ТБ/ВІЛ (2009 р. – 10,4%, 2016 р. – 17,8%).

Впродовж 2009-2016 рр. зростає частка випадків смерті серед зареєстрованих ЛЖВ у з 4,7% до 5,1%, серед них збільшилась частка жінок (2009 р. – 8,8%, 2016 р. – 26,1%). У 5 разів зменшився відсоток смертності серед ЛВІН (2009 р. – 68,8%, 2016 р. – 13,0%). В 2014 та 2015 роках зареєстровані поодинокі випадки смертності серед ЧСЧ. Смертність серед ЛЖВ з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ зменшилась з 56,3% (2009 р.) до 34,8% (2016 р.). Відсоток померлих серед вперше виявлених ЛЖВ, які почали АРТ, зменшується (у 2009 р.- 27,3%, у 2016 р.-17,4%), а частка померлих серед тих, хто не отримував терапію, зростає (2009 р.- 72,7% , 2016 р. – 82,6%).

Зареєстровано 4% (2013 р.) та 3% (2016 р.) випадків смерті серед ЛЖВ, які отримували АРТ, а показник від кількості померлих ЛЖВ протягом року зріс з 25,8% (2013 р.) до 35,1% (2016 р.). Співвідношення чоловіків та жінок залишається практично сталим (2:1). Частка смертей серед ЛВІН, які отримували АРТ, збільшилась з 40,6% (2013 р.) до 45,7% (2016 р.), серед хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ зросла з 40,6% до 56,5%. Серед ЧСЧ у 2015 р. зареєстровано 2 випадки смерті осіб, які перебували на АРТ, а серед ув'язнених – 1 випадок (2016 р.).

Протягом 2013-2016 р. половина випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб реєструється серед тих, хто не отримував АРТ, серед них зросла також частка жінок (з 18,5% до 30,5%), ЛВІН (з 60,5% до 69,5%), а серед хворих на ТБ/ВІЛ – зменшилась у 2 рази (з 32,3% до 15,2%).

За даними статистичної звітності, щорічно не охопленою АРТ залишається п'ята частина осіб, які мали медичні покази до лікування, але не отримували його (у 2016 р. – 1030 осіб, 39,8%). Так, серед померлих ЛЖВ в Житомирській області 70% осіб не отримували АРТ. В той же час, регіональний показник смертності пацієнтів, які отримують АРТ, є незначним і переважно стосується чоловіків (60% від загалу померлих ЛЖВ) та пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ (48% від загалу померлих ЛЖВ). Серед померлих, які перебували на АРТ, зростає частка пацієнтів, які отримували лікування більше 12 місяців і, переважно, за рахунок випадків ко-інфекції ТБ/ВІЛ (63% від загалу смертей). Таким чином, обмежений доступ до АРТ є однією із причин стабільно високої смертності в регіоні.

Щорічно половину серед померлих ВІЛ-інфікованих осіб становили особи, які інфікувалися ВІЛ внаслідок ін'єкційного вживання наркотиків (у 2013 р. – 50,7%, 2016 р. – 50%). Додатковий аналіз доступності АРТ у розрізі групи ЛВІН показує, що розширення доступу до АРТ для ЛВІН вплинуло на зниження показника смертності у цій КГН з 70% (2009 р.) до 13% (2016 р.), а серед усіх зареєстрованих ЛЖВ – з 62% (2012 р.) до 35% (2016 р.). В останні роки зменшується відсоток ЛВІН, які отримують АРТ, від загальної кількості пацієнтів на АРТ (2014 р. – 15,4%, у 2016 р. – 10,1%).

Виявлення та взяття під МН хворих на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції не дозволяє вчасно призначати специфічне лікування. Відсоток ЛЖВ, яких було взято під МН на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, впродовж 2013-2016 рр. залишався доволі високим (2013 р. – 40,6%, 2016 р. – 36,3%).

Показник смертності від ТБ серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ серед нових випадків виявлення за останній рік зменшився майже в 2 рази (2009 р. – 56,3%, 2016 р. – 34,8%). Протягом 2016 р. від ко-інфекції ВІЛ/ТБ померло 39 осіб, що становить 44% від усіх випадків смерті від СНІДу (2009 – 48,4%, 2015 р. – 36,7%).

Висновок: впровадження АРТ в регіоні сприяло зменшенню смертності серед ЛВІН та ЛЖВ з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, але не приводить до бажаних змін, оскільки, в цілому, смертність від захворювань, зумовлених ВІЛ, продовжує залишатися на високому рівні.

5.3.2. Чи охоплені потрібні люди?

Послуги АРТ в області почали надаватися з 2005 р. Кількість пацієнтів, охоплених АРТ, зросла більш ніж 10 разів (у 2009 р. - 152 особи, у 2016 р. - 1616 осіб).

Станом на 1.01.2017 АРТ отримувало 1616 осіб, що становило 39% від оціночної кількості та 56% від диспансерної групи. Серед осіб, які отримували АРТ на кінець 2016 р., 9% становили особи діагнозом активного ТБ, 10% – ЛВІН; чоловіки становили 48%, що свідчить про рівний доступ до лікування з точки зору гендерної відповідності. Показники охоплення АРТ серед хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ становив 83,2% (2016 р.).

Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримували одночасно АРТ та ЗПТ, на кінець 2016 р. становила 35,7% від загалу ЛЖВ, які перебувають на ЗПТ (у 2009 р. – 4,1%). Втім, таке охоплення не відповідає оціночній кількості ЛВІН. Враховуючи, що офіційні статистичні звіти по АРТ не передбачають окремого виділення КГН ОСБ та ЧСЧ серед охоплених лікуванням, проаналізувати доступність та забезпеченість АРТ для даних груп немає можливості. У 2016 р. виникли проблеми з отриманням достовірної інформації щодо доступності АРТ в установах ДКВС, що, в свою чергу, не дозволяє оцінити показники охоплення АРТ серед ув'язнених. Труднощі з лікуванням у місцях позбавлення волі виникають внаслідок низького фахового кадрового забезпечення медичної служби, нерегулярності поставок АРВП у пенітенціарні заклади.

Переважає більшість серед причин переривання терапії становлять немедичні, що доказує низьку ефективність супроводу пацієнтів, які перебувають на АРТ. У 2016 р. програми формування прихильності до АРТ та догляду і підтримки для багатьох ЛЖВ ще залишались недоступними. Переважно це стосується пацієнтів, які проживають у віддалених районах та містах Житомирської області, що не охоплені діяльністю НУО. Так, у 2016 р. клієнтами таких програм стали 69,4% ЛЖВ, які перебували під диспансерним наглядом. Більшість послуг догляду та підтримки на базі НУО припадає на долю ЛВІН (75% від загалу охоплених послугами), ув'язнених (20%), ОСБ та ЧСЧ (2%).

За весь період проведення оцінки зафіксовано 51 випадок ускладнень/побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ. Спостерігається тенденція до зростання зазначеного показника, що пов'язано зі збільшенням загального охоплення лікуванням: у 2014 р. зафіксовано 10 випадків (19,6% від загальної кількості), у 2015 р. – 11 (21,6%), у 2016 р. – 20 (39%). Для подолання наслідків побічної дії у 100% випадків пацієнтам було замінено поточні схеми АРТ та продовжено лікування.

Серед причин, які заважають досягти 90% охоплення та 100% утримання пацієнтів диспансерної групи на АРТ, були визначені:

- асоціальна поведінка ЛЖВ, поновлення вживання наркотичних речовин, алкогольних напоїв, недбале ставлення до свого здоров'я;
- відсутність підтримки з боку близького оточення щодо необхідності прийому АРВП;
- недостатній рівень соціально-психологічного супроводу з боку НУО;
- недосконалість нормативно-правової бази щодо надання соціальних послуг ВІЛ-інфікованим особам (соціальні послуги надаються лише НУО);
- слабка мотивація та поінформованість КГН щодо можливості отримання послуг, зокрема АРВП;
- недостатня підготовка сімейних лікарів для роботи з КГН та стигматизація їх представників.

Серед основних чинників неотримання або відмови від АРТ серед пацієнтів диспансерної групи виділяються:

1. Пізній початок лікування, переважно на термінальних стадіях ВІЛ-інфекції.
2. Складнощі доїзду за препаратами до найближчого сайту АРТ.
3. Супутні захворювання, зокрема ВГС, необхідність одночасного прийому АРТ та протитуберкульозного лікування.
4. Активне вживання ін'єкційних наркотиків, зловживання алкоголем.
5. Приховування ВІЛ-статусу від статевого партнера або членів родини.
6. Зміна соціального статусу, переїзди в інші міста, виїзди на заробітки на тривалий термін за кордон.

Практично всім ЛЖВ, які знаходяться на регулярному моніторингу стану здоров'я та потребують АРТ, пропонується та, у разі згоди пацієнта, призначається лікування, але в подальшому прихильність до лікування може порушуватись внаслідок соціально-психологічних проблем.

Серед КГН населення доступ до лікування фактично існує лише у містах з наявними сайтами АРТ та активною діяльністю НУО (у 4-х містах області та обласному центрі), що суттєво обмежує доступ до лікування сільського населення.

Висновки. Незважаючи на зростання питомої ваги осіб, які знаходились на медичному обліку та отримували АРТ в період 2013-2016 рр., таке охоплення не наближається до цільового показника 90%, що, в свою чергу, не дозволяє вплинути на епідемію належним чином. Доступ до АРТ серед КГН залишається недостатнім. Так, незважаючи на те, що кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують інтегроване лікування АРТ/ЗПТ стрімко зросла протягом 2009-2016 р., загальна частка таких осіб серед усіх пацієнтів залишається незначною. Рівень доступу до лікування обмежений з причин відсутності сайтів отримання АРТ у протитуберкульозному та наркологічному диспансерах, що погіршує інтегрованість лікування та, зокрема, його доступність для ЛВІН.

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

Для забезпечення виконання заходів з залучення до послуг АРТ з 2009 р. в області було розпочато децентралізацію послуг для ЛЖВ. Відкрито кабінети «Довіра» та сайт АРТ в ЖОЦПБ із СНІДом, а в 2016 р. – 4 сайти АРТ у Новоград-Волинському міськрайонному ТМО (КіЗ), Бердичівській ЦМЛ (КіЗ), Коростенській ЦМЛ (КіЗ), Малинському міськрайонному ТМО (КіЗ) хоча, відповідно, питома вага цих установ серед ЗОЗ області не перевищує 10% від потреби. Таким чином, сайти АРТ розміщені на базі ЗОЗ третинного та вторинного рівня надання медичної допомоги, що є певною перешкодою для доступності лікування у селах та віддалених районах.

У зазначених районах, за виключенням Малинського, активно працюють ГО «Перспектива» та БФ «Нехай твоє серце б'ється», що надають послуги догляду та підтримки ЛЖВ та представниками інших КГН. Спеціалісти ЦСССДМ, які територіально мають більше охоплення фахівцями, не залучаються до соціально-психологічного супроводу ЛЖВ, хоча, виходячи з переліку послуг, мали б опікуватися КГН. Їхня низька активність у цьому напрямку пояснюється великою завантаженістю в останні роки роботою з родинами, які перебувають у складних життє-

вих обставинах, а також прийомними родинами. Перспективи роботи співробітників ЦССС-ДМ щодо супроводу прихильності бачаться як негативні, враховуючи той факт, що служба знаходиться на етапі реформування і зазнала в останній рік суттєвих скорочень.

Проблемним питанням в області залишається доступність та децентралізація АРТ, зокрема для пацієнтів з числа ЛВІН, з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ та які проживають у віддалених районах області. Основне навантаження щодо призначення та супроводу АРТ (понад 80% пацієнтів в області) лягає на ЖОЦПБ із СНІДом, що впливає на якість обслуговування та ефективність моніторингу прихильності до лікування. Станом на кінець 2016 р. в районах області працювали лише 4 сайти при КІЗ: Новоград-Волинське міськрайонне ТМО, Бердичівська ЦМЛ, Коростенська ЦМЛ Малинське міськрайонне ТМО. Така кількість сайтів не задовольняє потреби регіону та створює багато перешкод у доступі до вчасного тримання пацієнтами ліків. Однією з перепон для відкриття сайтів є небажання керівників районних ЗОЗ виділяти додаткові кошти на технічне та кадрове забезпечення їхньої роботи.

Загальна кількість пацієнтів, які перебували на диспансерному обліку з ВІЛ/СНІД на сайтах становила 856 осіб, що становить 30% від загалу; з них АРТ отримували 299 осіб (18% від всього загалу пацієнтів на АРТ). Натомість, у ЖОЦПБ із СНІДом спостерігаються пацієнти диспансерної групи з Житомира (1114 осіб) та з інших районів області (понад 2000 пацієнтів), 1317 з яких отримують АРТ.

Відсутність сайту АРТ у стаціонарному відділенні Житомирського обласного протитуберкульозного диспансеру сповільнює процес призначення АРТ пацієнтам з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, обмежує їхній доступ до якісного супроводу. На тлі збільшення кількості ВІЛ-позитивних пацієнтів, які приймають ЗПТ, виникла необхідність відкриття сайту АРТ у наркологічному диспансері та міській клінічній лікарні м. Житомир.

В області відсутня мережа медичних та немедичних установ, які надають інтегровану допомогу з окремими сайтами видачі АРТ та ЗПТ, або АРТ та протитуберкульозного лікування.

На фоні зростання доступності програми АРТ для ЛЖВ, заходи, які здійснюються, не дозволяють забезпечити достатній об'єм доступу ЛЖВ до АРТ, за рахунок:

- кадрового дефіциту;
- незручного часу видачі препаратів АРТ у ЗОЗ;
- незручного територіального розташування ЗОЗ, які видають АРТ;
- доступ до програми ЗПТ в області наявний лише у 4-х районах (Новоград-Волинському, Коростишівському, Бердичівському, Коростенському), що також є перепорою до залучення до АРТ пацієнтів з числа ЛВІН.

Висновки:

1. Кількість та розташування сайтів АРТ в області залишається недостатньою, їх розташування суттєво віддалене для пацієнтів окремих населених пунктів.
2. Все навантаження щодо супроводу пацієнтів з ВІЛ/СНІД лягає на ЖОЦПБ із СНІДом, що в подальшому негативно впливає на якість обслуговування пацієнтів.
3. Низькою є децентралізація та інтеграція послуг, зокрема АРТ та ЗПТ.
4. Діяльність НУО, які надають послуги догляду та підтримки, поширюється лише на окремі міста Житомирської області.

5.3.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Щороку збільшується кількість ЛЖВ, які отримують на АРТ та охоплені тестуванням на ВІН. У 2016 р. цей показник становив 75% (1441 особа) від загалу пацієнтів, які лікуються. Лабораторний супровід АРТ в області здійснюється за кошти місцевого бюджету (загальні клінічні та біохімічні обстеження), а спеціалізовані обстеження (СД4+, ПЛР, ВІН) здійснюються на базі СНІД-лабораторії Київської клінічної лікарні №5. Але графік доставки сироваток пацієнтів на такі обстеження до Києва обмежує доступ до обстеження у будь-який зручний час, його можна провести лише у визначені дні та години забору крові, що не дозволяє забезпечити 100% потребу пацієнтів.

Високим є відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку – 85% (або 1588 осіб). У когортах з тривалістю АРТ 24 місяці цей показник становить 79% (або 1283 особи). Показник утримання на АРТ через 36 місяців складає 78% (1009 осіб). Таким чином, найвища смертність та показники переривання АРТ властиві пацієнтам у когортах з тривалістю АРТ від 3 до 5 років.

В області не впроваджено електронні інструменти STMA та MIC, що не дає змогу проводити якісний моніторинг пацієнтів на АРТ та суттєво вповільнює процеси обміну клінічною інформацією між сайтами АРТ.

Послуги з догляду та підтримки ЛЖВ, які надаються на базі НУО, не забезпечують необхідну потребу. Так, протягом 2009 р. такі послуги отримало 52% ЛВІН, 9,1% засуджених, 0,2% ЧСЧ; слід додати, що це були переважно мешканці міст (81% від загалу осіб, охоплених такими послугами у звітному році). У 2016 р. зазначені показники знизилися і клієнтами таких програм були лише 33,8% ЛВІН, 4,2% засуджених, 0,8% ЧСЧ (у цій групі несуттєво зросло охоплення). Але у 2016 р. збільшився показник доступу до таких послуг сільського населення (у 2009 р. – 18,9%, у 2016 р. – 27%). Таким чином, більшість послуг з догляду та підтримки на базі НУО припадає на долю ЛВІН (75%), ув'язнених (20%), ОСБ та ЧСЧ (2%).

Послуги догляду та підтримки в області реалізуються виключно НУО за рахунок донорських коштів. Зростання показника надання послуг догляду та підтримки ЛЖВ на базі НУО (у 2016 р. – 69,4%) сприяє утриманню на АРТ, хоча таке охоплення не відповідає цільовому значенню і вимагає подальшої практичної уваги. Зокрема, послуги ЛЖВ надаються лише у містах Житомир, Новоград-Волинський, Бердичів та Коростень, а у Малині, де працює сайт АРТ, такі послуги не надаються. Таким чином, КГН (ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ) продовжують залишатися поза програмами лікування у віддалених районах, малих містах та селах.

Значна частина ЛВІН мають ВГС або отримують інші види лікування, вважаючи АРТ додатковим «навантаженням на печінку», чим аргументують відмову від специфічного лікування. Переважна більшість причин переривання терапії серед ЛВІН є немедичними, що, в свою чергу, є доказом недостатньої ефективності роботи медичних працівників сайтів АРТ та представників НУО щодо якості супроводу пацієнтів на АРТ.

Послуги з догляду та підтримки, які на сьогодні надаються ЛЖВ в області, не відповідають реальним потребам. Існуючі методи роботи соціальних працівників НУО не дозволяють переконати ЛВІН звернутися за АРТ та отримувати підтримку під прийому терапії. Стандартні підходи профілактичної роботи не передбачають розширення масштабів та інтенсивності заходів. не дозволяють врахувати всю складність проблем, з якими зіштовхуються КГН, зокрема ОСБ та ЧСЧ, які практично залишаються поза увагою як медичної, так і соціальної сфери професійної допомоги.

На державному рівні прораховано пакет послуг для ЛЖВ, як компонент з догляду та підтримки, але на місцевому рівні дані послуги у повному об'ємі не були включені до обласної програми, внаслідок чого не було передбачено фактичного фінансування.

Серед державних організацій головними надавачами соціальних послуг в області є соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді. Проте в їхній роботі практично відсутні специфічні послуги, пов'язані з ВІЛ, або вони носять лише формальний характер і стосуються, виключно дітей та підлітків. Окрім того, соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді знаходиться у процесі реформування, зазнала великих скорочень та практично не має в наявності фахівців з відповідним рівнем підготовки для роботи з КГН. Відсутня система оцінки роботи соціальних працівників для визначення якості проведення профілактичних заходів, а також багато часу співробітників займає рутинна паперова та формальна робота.

Для підвищення доступності послуг догляду та підтримки для КГН у місцях їх перебування слід:

1. передбачити окреме бюджетне фінансування зазначеного переліку послуг у новій регіональній програмі;
2. розвивати потенціал ЦСССДМ, як додаткового кадрового ресурсу щодо охоплення КГН послугами у віддалених районах та селах;
3. поширювати практику застосування мультидисциплінарного підходу у наданні допомоги КГН в інших ЗОЗ із включенням до складу МДК соціальних працівників від НУО.

Висновок:

1. Пізні звернення до ЗОЗ та запізнілий початок АРТ призводять до найвищої смертності та переривання АРТ у когортах пацієнтів з тривалістю АРТ від 3 до 5 років.
2. Переважна більшість звітності стосовно АРТ формується у ручному режимі.
3. Показник утримання пацієнтів на АРТ є високим, але щороку зменшується частка ЛВІН серед загальної кількості осіб, які приймають АРТ, що може свідчити про обмежену доступність лікування саме для цієї цільової групи.
4. Низьким є охоплення послугами догляду та підтримки особливо у віддалених районах та селах.

5.3.5. Чи є здійснювані заходи правильними/ релевантними?

Серед осіб, які отримують АРТ, станом на 01.01.2017 дорослі (18 років і старші). складають 96,5% (1560 осіб), з них 804 чоловіки (51,5%), що свідчить про рівний доступ чоловіків та жінок до АРТ. Частка дітей складає 3,5% (56 осіб)ю

Серед позитивних тенденцій впливу регіональної програми слід відмітити, що обласний показник охоплення АРТ серед ВІЛ-інфікованих дітей високий і у 2016 р. становив 98,2% (на 01.01.2017 р. цільове значення у 99% не було досягнуте у зв'язку з тим, що одна дитина тільки розпочала підготовку до АРТ і фактично розпочала лікування у 2017 році). Діяльність щодо ППМД залишається на сьогоднішній день єдиним з усіх профілактичних методів, де досягнуто повного охоплення цільової групи високоякісними заходами. Так, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини в області за останні роки зменшився майже у 1,5 рази і у 2014 р. він становив 1% (середній показник по Україні – 4,48%).

Протягом 2016 р. 8,7% від загальної кількості пацієнтів на АРТ ВІЛ-інфікованих з активним ТБ отримували АРТ та лікування ТБ.

З 2015 р. в області впроваджено обстеження на СД4 з використанням портативного аналізатора визначення СД3+СД4 лімфоцитів методом флюоресценції. Кількість біохімічних та гематологічних досліджень за останні роки також знизилась за рахунок проведення ремонтних та профілактичних робіт аналізаторів та відсутності фінансування в обласній програмі на закупівлю реагентів для біохімічного та гематологічного аналізаторів. Несвоєчасне надходження витратних матеріалів для охоплення тестуванням на обстеження з визначення ВН призвело до неконтрольованого лікарем стану прийому препаратів пацієнтами. 78% ЛЖВ, які знаходяться під МН станом на кінець 2016 р. у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо невизначуваного ВН.

В області діє комплексний план щодо розширення АРТ, який затверджений наказом УОЗ ЖОДА. Діяльність у даному напрямі здійснюється ЗОЗ у тісній співпраці з НУО. Схеми АРВП та кратність їхнього прийому відповідають вимогам національних та міжнародних протоколів, керівництв, а також потребам пацієнтів. Фінансування АРТ відповідало запланованому, проблем з поставкою препаратів в області не було. Серед основних джерел фінансування АРТ в області слід відмітити кошти державного бюджету, ГФ, а також PEPFAR. Зокрема, під час планування АРТ враховувалися можливості форс-мажору та перебоїв у поставках. Планування та моніторинг АРТ щодо забезпечення препаратами є ефективним, що пов'язано з регулярною звітністю та контролем з боку національних координаторів. Підходи до надання послуг АРТ відповідають епідемічному контексту області, зокрема нема обмежень щодо доступності лікування для КГН та населення області в цілому. Призначення лікування здійснюється на підставі клінічних протоколів. Разом з тим, недостатнім є вихід на КГН щодо доведення до медичного спостереження та супроводу АРТ. Стримуючим фактором для відкриття сайтів є небажання пацієнтів з КГН звертатися по медичну допомогу за місцем проживання з причини застарілих стереотипних очікувань стигматизації з боку медичних працівників. Фактично кожна особа з ВІЛ-статусом, яка зареєстрована за межами м. Житомир, залишається під подвійним медичним спостереженням – і за місцем проживання у районного інфекціоніста, і у ЖОЦПБ із СНІДом.

Наявні людські ресурси не відповідають потребі в якісному наданні послуг для ЛЖВ області, не розвинена мережа сайтів АРТ, що погіршує доступ пацієнтів до якісного лікування.

За даними хронометражу робочого часу ЖОЦПБ із СНІДом середнє навантаження на одного лікаря становить 25-30 пацієнтів на день (у закладі працює два лікарі-терапевти та один лікар-інфекціоніст). Діяльність установ, що надають медичні послуги, регулюється низкою процедур, обов'язкових для всіх закладів подібного типу. При цьому не враховується факт, що рівень поширеності ВІЛ на різних адміністративних територіях є різним. Тому частина ЗОЗ перевантажені, їм бракує персоналу, в той час як інші працюють не на повну потужність.

Існуюча модель надання послуг АРТ в області не відповідає стратегії Fast Track «90-90-90». Для досягнення цілей «90-90-90» необхідно залучити всю систему охорони здоров'я області, в першу чергу первинну ланку з подальшим призначенням АРТ у закладах первинного рівня медичної допомоги.

Висновки:

- Серед позитивних наслідків впливу регіональної програми – зменшення майже в півтора рази показника вертикальної трансмісії ВІЛ та стовідсоткове охоплення АРТ дітей.
- Постійний приріст нових пацієнтів не задовольняє потребу у лікуванні, що, в свою чергу, не дає змогу досягти мети «90-90-90».
- Незважаючи на високий показник охоплення пацієнтів диспансерної групи обстеженнями на ВН, існують ризики обмеження доступу до них внаслідок повної залежності від зовнішнього фінансування.

5.4. Аналіз заходів консультування і тестування на ВІЛ.

5.4.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Серед ключових завдань Регіональної програми стосовно доступу до послуг з консультування і тестування на ВІЛ визначено: забезпечення вільного безоплатного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, насамперед, для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та загального населення, із застосуванням методів ІФА та швидких тестів; залучення вагітних жінок до КіТ на ВІЛ при обов'язковому забезпеченні тест-системами для планової серологічної діагностики жінок та їх партнерів, а також швидкими тестами для обстеження під час пологів тих, які не пройшли обстеження на допологовому етапі; забезпечення проведення обов'язкового тестування донорської крові з метою виявлення ВІЛ. Заплановане у Програмі охоплення протягом 2015-2016 рр. послугами з КіТ на ВІЛ (щороку по 38978 осіб) було суттєво перевищене і у 2015 р. становило 65 056 осіб, обстежених на ВІЛ, а у 2016 р. – 63 102 особи, що в цілому дозволяє обстежувати близько 4% від загального населення області. Слід врахувати, що більшість обстежень припадає на «умовно обов'язкові контингенти» – вагітних, донорів, призовників та абітурієнтів військових навчальних закладів (понад 60% від загальної кількості обстежень).

Статистичні дані свідчать, що на диспансерному обліку в ЗОЗ області перебуває 2880 ЛЖВ старших 15 років. За оціночними даними кількість ВІЛ-інфікованих осіб в області становить 4100 осіб. Це означає, що фактично кожна друга особа, яка живе з ВІЛ в області, не пройшла відповідне тестування і не знає свій ВІЛ-статус.

Кількість ЛЖВ (15+), які перебували під МН на кінець звітного року у ЗОЗ за останні роки зросла з 1333 осіб (2009 р.) до 2824 (2016 р.) Зросла і кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН старших 15 років, які перебували під МН на кінець 2016 р. (2009 р. – 771, 2016 р. – 1031 особи).

Доволі високим залишається відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під МН на III-IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції впродовж 2013-2016 рр. (2013 р. – 40,6%, 2016 р. – 36,3%). Відсоток ВІЛ-інфікованих ЛВІН старших 15 років, яких було взято під МН на III – IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа ЛВІН з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, також зріс з 44% (2013 р.) до 50,5% (2016 р.). Це свідчить про пізні звернення до ЗОЗ та високі показники поширеності СНІДу, особливо серед ЛВІН. Дана ситуація відображає низьку ефективність послуг з ПВТ на етапі раннього виявлення та своєчасного залучення ЛЖВ до ВІЛ-послуг в області, зокрема у Житомирі, Коростені та Бердичеві, а також у Коростишівському і Брусилівському районах.

КіТ на ВІЛ-інфекцію в ЗОЗ області здійснюється переважно на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги, на базі закладів ДКВС та на рівні НУО.

У статево-віковій структурі поширення ВІЛ спостерігається стала тенденція до переважання осіб чоловічої статі (60% від загалу), а також збільшення інфікованих старших 30 років (2016 р. – 60,0%) в та зменшення кількості ВІЛ-інфікованих у віковій категорії 18 – 24 роки (2010 р. – 15,0 %, 2016 р. – 7,4 %). У 2016 р., у порівнянні з 2015 р., практично без динаміки залишається рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних, за результатами первинного тестування на ВІЛ за кодом 109.1 (2016 р. – 0,36%, 2015 р. – 0,31%, середній показник по Україні в 2015 р. – 0,33%). Даний показник оцінює регіональні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфек-

ції серед загального населення, так і динаміку нових випадків інфікування ВІЛ серед молоді (серед вагітних у віці 15-24 роки цей показник по області склав 0,34%, коли по Україні він становив – 0,27%). Вищим від середнього по Україні у Житомирській області залишається показник інфікованості ВІЛ серед донорів і у 2016 р. він становив 0,19% (2015 р. – 0,14%; по Україні у 2015 р. – 0,13%).

Понад 50% осіб, виявлених за даними СЕМ в області, не охоплені МН у відповідності до первинного позитивного аналізу на ВІЛ (цільовий показник не менше 70%). Серед основних причин небажання пацієнтів ставати на облік з ВІЛ/СНІД: неприйняття діагнозу; недовіра медичним працівникам та страх розголошення ВІЛ-статусу; низька якість ДКТ; складна та тривала процедура підтвердження ВІЛ-статусу (мінімум 3 візити до ЗОЗ для постановки діагнозу).

Низьким залишається охоплення послугами з КіТ на ВІЛ представників КГН у районах області, обмежена доступність такої послуги в окремих ЗОЗ.

Серед населення області продовжують панувати стереотипи щодо поширеності ВІЛ лише у «групах ризику», ігнорування власної безпеки, необґрунтована довіра випадковому статевому партнеру та практика невикористання презервативів. Особисті ризики не усвідомлюються або приховуються, низька мотивація до звернення за послугами з КіТ на ВІЛ.

Враховуючи, що тривалий час доступність обстеження з швидким отриманням результату на ВІЛ було забезпечено лише у ЖОЦПБ із СНІДом, жителі не володіють інформацією про можливість пройти тест на ВІЛ за місцем проживання, зокрема на первинній ланці надання медичної допомоги.

На доступність та якість послуг з КіТ суттєвий вплив має явище дискримінації відносно ЛЖВ/КГН, особливо серед медичних працівників.

Висновки:

- Понад 30% ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, залишаються поза медичним спостереженням, що свідчить про низьку ефективність і якість надання послуг з КіТ в області.
- До послуг з КіТ на ВІЛ практично не залучена первинна ланка надання медичної допомоги.
- Обмежений своєчасний доступ до КіТ серед КГН, що поглиблюється явищами стигматизації та дискримінації.
- Раннє виявлення ВІЛ-позитивних осіб не є пріоритетом для ЗОЗ області.
- Серед причин пізнього тестування може бути низька поінформованість населення про послуги КіТ, а також нерівномірне і недостатнє забезпечення послугами в межах регіону.

5.4.2. Чи охоплені заходами потрібні люди?

Незважаючи на тривалу реалізацію профілактичних програм з використанням ШТ на базі НУО, що, в цілому, сприяло посиленню потенціалу ЗОЗ щодо досягнення спільних завдань у попередженні розповсюдження ВІЛ/СНІДу серед КГН, ситуація залишається проблемною. Так, за даними біоповедінкових досліджень, відсоток ОСБ, які пройшли КіТ на ВІЛ за останні 12 місяців та знають свої результати суттєво зменшився (2009 р. – 30,7%, 2016 р. – 12%). Зросла і частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН (код СЕМ – 102) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ – з 8,8% (2015 р.) до 11% (2016 р.).

В області залишається недостатнім показник охоплення тестуванням на ВІЛ осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі (за даними звітної форми №2 ВІЛ/СНІД за кодами обстеження 112). Якщо цільове значення такого показника повинно становити 40%, то протягом усього звітного періоду його не було досягнуто, а в останні роки він навіть зменшився (з 9,3% у 2013 р. до 3,1% у 2015 р. та 6% у 2016 р.). Але загальна кількість ЛЖВ, зареєстрованих на медичному обліку у закладах ДКВС області за останній рік зросла (4,8% від загалу). За даними останнього біоповедінкового дослідження, кожен третій ЛВІН Житомирі мав досвід ув'язнення (30,8%). Проблеми у пенітенціарних закладах пов'язані із кадровим дефіцитом (в одному із закладів фельдшер забезпечує функціонал 3,5 лікарських ставок та фізично не встигає охопити всі напрямки роботи); відсутністю у персоналу мотивації до роботи (не сплачуються відсотки шкідливості, не компенсується перевантаженість, робота виконується «за дорученням» і не завжди відповідає основним обов'язкам); із реформуванням служби (керуючий орган регіональної служби перенесений у Київ, що унеможлиблює комунікацію, включаючи подання звітності до регіональної служби СНІДу); з приховуванням засудженими факту інфікування ВІЛ, що обмежує доступ такої групи до специфічного лікування; із залученням до КіТ фахівця установи, який не завжди викликає довіру з боку засуджених; з відсутністю будь-якої профілактичної роботи з групою засуджених ЧСЧ.

Незважаючи на те, що основним супутнім захворюванням ЛЖВ в області залишається ТБ, спостерігається зменшення кількості хворих на ТБ, яких було протестовано на ВІЛ-інфекцію (з 3,1% у 2013 р., до 2,8 % в 2016 р. від загальної кількості протестованих на ВІЛ).

Серед причин, які заважають досягти охоплення відповідних людей є:

- відсутність стратегії з розширення доступу до високоякісних послуг з КіТ для КГН;
- відсутність мотивації медичного персоналу щодо охоплення КіТ засуджених та хворих на ТБ.

Висновок:

Послугою КіТ недостатньо охоплені особи, які знаходяться у пенітенціарних закладах, представники КГН.

5.4.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі?

Для забезпечення територіальної доступності послуг з КіТ в області вони надаються на базі 46 ЗОЗ. Але, разом з тим, у районах області процедура очікування результатів тесту може займати тривалий час, що змушує пацієнтів звертатися за обстеженням до обласного центру СНІДу. Перешкоди можуть виникати і щодо очікування підтверджуючих тестів (особливо у районах області), повторних звернень для обстежень тощо.

Щороку в області зменшується (у 2016 р. на 5%) кількість скринінгових обстежень на ВІЛ-інфекцію загального населення за рахунок зменшення умовно-обов'язкового контингенту обстежуваних (призовників, абітурієнтів, вагітних та донорів). Більшість консультацій в процесі обстеження на ВІЛ здійснюються за направленням медичних працівників (понад 60%), що визначає ЗОЗ області, як переважаючі місця інформування та направлення пацієнтів на обстеження стосовно ВІЛ/СНІДу.

Невисокою залишається мотивація звернення громадян за послугами з КіТ на ВІЛ у зв'язку з ризикованою поведінкою. КіТ проводиться найчастіше серед вагітних та донорів крові, тобто серед загального населення. Так, у структурі позитивних результатів тестування на ВІЛ-інфекцію в області переважають особи, які направлені медичними працівниками у зв'язку з захворюваннями, симптомами та синдромом, при яких пропонуються послуги КіТ (код 113), а також обстежені з власної ініціативи (код 116), тоді, як особи з ризикованою статевою поведінкою та ЛВІН становлять лише 9% від загалу. Високим є рівень інфікованості ВІЛ серед осіб, які зверталися на обстеження у зв'язку зі сексуальними контактами з ВІЛ-інфікованими особами (код 101 – 6,7%).

В області послуги з КіТ на ВІЛ надають лише три НУО, в тому числі на базі однієї мобільної амбулаторії. Спеціалізована медична допомога для КГН з питань КіТ на ВІЛ надається на базі обласного наркологічного диспансеру та в 26 наркологічних кабінетах у районних та міських ЗОЗ; у протитуберкульозному диспансері та 26 фтизіатричних кабінетах районних та міських ЗОЗ; у дерматовенерологічному диспансері та 26 дерматовенерологічних кабінетах області.

Незважаючи на наявну мережу ЗОЗ, які надають послуги КіТ, у період 2009-2016 рр. не вдалося досягти цільового показника охоплення тестуванням (90%) для КГН. У 2015 р. для ЛВІН він становив 77%, серед ЧСЧ – 41%, а серед ОСБ – 12%.

В області зберігається високий рівень стигматизації та дискримінаційного ставлення у зв'язку з ВІЛ/СНІДом з боку медичних працівників системи ЗОЗ та суспільства, що є додатковим бар'єром для розширення послуг з КіТ на ВІЛ до необхідної потреби.

Залучення до КіТ мешканців міста удвічі перевищує рівень консультування мешканців села, що може, певною мірою, відображати низьку доступність КіТ на ВІЛ у сільській місцевості і потребує особливої уваги, враховуючи той факт, що серед вперше зареєстрованих хворих на ВІЛ-інфекцію зростає відсоток осіб, які проживають у сільській місцевості (починаючи з 22% у 2009 р. до 33% у 2016 р.). Проблеми у сільській місцевості пов'язані із недоступністю тестування на ВІЛ, зокрема, з використанням ШТ на первинній ланці надання медичної допомоги; з недовірою пацієнтів до сімейних лікарів через страх розголошення результатів обстеження або діагнозу; з відсутністю інформації у пацієнтів про можливість пройти тест на ВІЛ у сімейного лікаря.

Висновки:

- обсяг послуг з КіТ є недостатнім через недостатню увагу спеціалізованих служб та закладів наркологічної, дерматовенерологічної служб, ДКВС та НУО;
- Найбільшого охоплення КіТ в порівнянні з оціночною чисельністю групи було досягнуто у групі ЛВІН.
- послуги з КіТ на базі НУО отримують переважно мешканці обласного центру та близько розташованих до нього сел.
- недостатньо використовується ресурс ЦСССДМ, клінік дружніх до молоді, приватного сектору, НУО у програмах КіТ.

5.4.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Починаючи з 2013 р. в статистичну звітність СЕМ введено облік тестування на ВІЛ з використанням ШТ, що дозволяє своєчасно залучати пацієнтів до МН. Обсяги тестувань з використанням ШТ поступово зростають і у 2016 р. становили 9173 дослідження (15,4% від загалу обстежень). Основним ресурсом впровадження ШТ в обстеження КГН є НУО та Фонд Клінтона, який безкоштовно надавав ШТ профільним ЗОЗ (протитуберкульозному, наркологічному, дерматовенерологічному диспансерам).

Серед ефективних та актуальних заходів роботи у напрямку КіТ на ВІЛ є асистоване самотестування як єдина можливість для представників КГН пройти обстеження швидко, анонімно і поза межами ЗОЗ (у мобільній амбулаторії). Серед проблемних моментів відмічено: низьке охоплення тестуванням КГН з віддалених районів та сіл; іноді звертаються для обстеження клієнти, які вже знають про свій ВІЛ-статус, або постійні клієнти, що не практикують ризиковану поведінку і здійснюють обстеження «з профілактичною метою»; виникають складнощі із доведенням ВІЛ-позитивних клієнтів до ЗОЗ.

Фінансування заходів регіональної програми щодо забезпечення послуг з КіТ на ВІЛ для КГН з позабюджетних коштів, включаючи обстеження ШТ, щороку зростало і у 2011 р. склало 17,8 тис. грн. або 7% від загального фінансування за цим напрямком; у 2012 р. – 31,1 тис. грн. або 11%; у 2013 р. – 64,0 тис. грн. або 18%; у 2014 р. – 92,5 тис. грн. або 20%; у 2015 р. – 258,1 тис. грн. або 67%; у 2016 р. – 127,4 тис. грн. або 33%. При цьому, на забезпечення надання ЛВІН комплексними профілактичними послугами у 2016 р. Програмою передбачено позабюджетне фінансування у 689 тис. грн., а витрачено ГО «Перспектива» 1308,10 тис. грн., що удвічі більше від запланованого. Щодо фінансування комплексних профілактичних послуг для ОСБ у 2016 р. було заплановано 432 тис. грн., а профінансовано (з коштів ГФ) 282,2 тис. грн. або 65%; для профілактичних послуг серед ЧСЧ було заплановано 48,7 тис. грн., а отримано з коштів ГФ 62,7 тис. грн., що на 20% більше від запланованого. На забезпечення надання ув'язненим особам комплексних профілактичних послуг у 2016 р. Програмою було передбачено 228 тис. грн., а профінансовано 112,0 тис. грн. або 49% від визначеної потреби. Таким чином, суттєве зростання фінансування спостерігається лише стосовно охоплення профілактичними заходами групи ЛВІН та частково ЧСЧ, на відміну від ОСБ та ув'язнених.

Система тестування, виявлення та перенаправлення ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ потребують суттєвого вдосконалення. Так, починаючи з 2009 р., показник взяття під медичний нагляд стосовно кількості осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тесту на ВІЛ коливався від 49% (2009 р.) до 73,2% (у 2011 р.), а в останні два роки становив 66,6% (2015 р.) та 67,4% (2016 р.) при цільовому значенні означеного показника у 70%.

Наявні певні проблеми щодо обліку послуг з КіТ на ВІЛ, наданих представникам окремих КГН на базі ЗОЗ. Так, під час проведення медичними працівниками дотестового консультування неякісно заповнюються звітні форми з визначенням ризиків за кодом 105.2 (ОСБ) та 103 (ЧСЧ), що у кінцевій звітності (форми №1-ВІЛ/СНІД та №2-ВІЛ/СНІД) приводить до втрат показників охоплення зазначених груп. Причини можуть полягати у формальності проведення процедури КіТ на ВІЛ, недовірі пацієнтів з КГН до медичних працівників, низькій культурі обговорення сексуальної поведінки та наслідків ризикових практик. Окрім того, у звітній формі №3-ВІЛ/СНІД відсутній розділ щодо реєстрації випадків звернення за послугами з консультування серед ОСБ.

Низькою залишається мотивація проходження КіТ на ВІЛ серед молоді та підлітків, незважаючи на зростання показника поширеності ВІЛ саме у цій віковій групі. Молодь має низьку інформованість щодо поведінкових ризиків інфікування або ігнорує їх у реальному житті. Зазначені проблеми криються у низькій якості проведення первинної профілактики стосовно ВІЛ/СНІДу у молодіжному середовищі. Так, у навчально-виховних закладах профілактична робота проводиться переважно з акцентом на кількісному охопленні, а не на якісному. До здійснення таких заходів залучаються самі вчителі або медичні працівники, які не завжди готові довіриливо і якісно обговорювати проблеми ризикованої поведінки, не володіють достатніми знаннями молодіжної субкультури або формально здійснюють «додаткове навантаження». Відсутні дослідження реального рівня знань та володіння навичками безпечної поведінки серед молоді. Інколи вони носять вибіркового характер із використанням різноманітного експериментального інструментарію та підходів в оцінці результатів. Відсутня мотивація серед керівників окремих навчальних закладів проводити об'єктивну оцінку знань та досвіду небезпечної поведінки у молоді оскільки «незадовільні» результати такого дослідження можуть зашкодити репутації закладу. Проблем додає реформування соціальної служби для дітей, сім'ї та молоді, що в останні роки зазнала суттєвих кадрових скорочень. Не повною мірою використовуються для профілактики інтернет-ресурси та соціальні мережі, що мають велику популярність серед молоді.

Висновки:

- заходи з КіТ на ВІЛ розширилися, що дозволило більшій кількості осіб з КГН дізнатися про свій ВІЛ-статус, і цьому сприяло використання ШТ, наданих НУО, надходження ШТ до ЗОЗ області в якості гуманітарної допомоги та часткова закупівля їх лікувальними закладами.
- Заходи здійснюються правильно, послуги з КіТ є інтегрованими, але не синергічними з ВІЛ-послугами НУО.
- Існуюча система статистичної звітності має обмежені дані стосовно КГН для оцінки та підтвердження факту чи здійснюються заходи правильно.

5.4.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Щороку в області зменшується (у 2016 р. на 5%) кількість скринінгових обстежень на ВІЛ-інфекцію серед загального населення, які найчастіше проводяться серед вагітних та донорів крові, а також серед військовослужбовців і призовників.

Низьким залишається охоплення послугами з КіТ на ВІЛ представників КГН у районах області, дана послуга доступна не в усіх ЗОЗ. Так, залучення до КіТ мешканців сіл удвічі менше від консультування мешканців міст.

Незважаючи на те, що в області більшість консультацій в процесі обстеження на ВІЛ здійснюються за направленням медичних працівників, низьким залишається охоплення фахівців ЗОЗ спеціальними навчаннями та відповідним рівнем підготовки з КіТ на ВІЛ. Протягом 2016 р. фахівці ЗОЗ області, які залучені до процедури КіТ, проходили навчання на тему КіТ, організоване силами спеціалістів ЖОЦПБ із СНІДом (навчено понад 400 осіб). Зокрема, дана тема піднімалася під час проходження курсів тематичного удосконалення для відповідальних за консультування та ведення обліково-звітних форм; як окреме питання тематика КіТ була виділена під час тренінгу для сімейних лікарів ЦПМСД міста на базі Житомирського інституту медсестринства; обговорювалася вона і під час проведення окремих занять для медичних працівників профільних ЗОЗ; на обласних медичних конференціях; в окремих виступах для медичних працівників на обласних товариствах інфекціоністів, акушерів-гінекологів та неонатологів, наркологів.

На формальному рівні залишається і регіональна система супервізії послуг з КіТ, що визначена чинними наказами. Всі функції регіонального супервізора та відповідальних за КіТ на рівні ЗОЗ зводяться до формування звітності та не передбачають системної організації заходів, їх оцінки, популяризації КіТ, постійного контролю якості КіТ та вивчення рівня задоволеності такими послугами серед населення.

Планування діяльності з КіТ на ВІЛ у більшості ЗОЗ носять формальний характер, відсутні чіткі алгоритми та оновлені протоколи, система подальшого розвитку служби на регіональному рівні. Первинний рівень надання медичної допомоги (ЦПМСД, ФАП, амбулаторія) взагалі не включений в активну систему надання КіТ на ВІЛ.

У районах області процедура очікування результатів тесту, особливо підтверджувальних, може займати тривалий час, що змушує пацієнтів повторно звертатися за результатами великими інтервалами часу (місяць і більше), що, в свою чергу, зменшує мотивацію до вчасного МН, або спонукає до звернення за послугами КіТ відразу у ЖОЦПБ із СНІДом.

Фінансування регіональної програми щодо забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію різних категорій населення, включаючи обстеження КГН, протягом 2009-2014 рр. відбувалося переважно за кошти місцевого бюджету (без урахування обстеження вагітних та донорів), що склало: у 2009 р. – 356,7 тис. грн.; у 2010 р. – 483,7 тис. грн.; у 2011р. – 262,7 тис. грн.; у 2012р. – 290,6 тис. грн.; у 2013р. – 357,9 тис. грн.; у 2014р. – 470,5 тис. грн.. У 2015 р. за напрямком забезпечення вільного доступу до безоплатного КіТ на ВІЛ для населення, насамперед для КГН, із застосуванням методів ІФА та ШТ, програмою було передбачено 582,8 тис. грн., а фактично профінансовано лише 65,8% або 383,2 тис. грн., з яких місцевий бюджет виділив 125,1 тис. грн.; у 2016р. – із запланованих 582,7 тис. грн фактично витрачено 381,7 тис. грн. або 65,5%, з яких кошти місцевого бюджету склали 254,3 тис. грн.. Таким чином, слід відмітити, що часткове фінансування програмних заходів з КіТ на ВІЛ призвело до незначного охоплення загального населення та осіб з КГН такими послугами.

Висновки:

1. Заходи, які здійснюються, є релевантними, але вони не дозволяють досягти бажаних результатів повною мірою. Область достатньо забезпечена підтверджуючими тестами та витратними матеріалами, але, разом з тим, нерозвиненою залишається система доступності загального скринінгу на ВІЛ, особливо на первинній ланці медичної допомоги, що не дозволяє своєчасно виявляти та брати під МН пацієнтів з ВІЛ.
2. Обрані інтервенції КіТ не повною мірою відповідають епідемічній ситуації в області.
3. Рівень розвитку людського потенціалу не сприяє повноцінному виконанню заходів програми з КіТ.
4. Менеджмент тестування і консультування на ВІЛ не є адекватним та створює перешкоди, які зумовлюють неефективність системи ЗОЗ області, що не дозволяє розширити масштаби тестування на ВІЛ.
5. Існуюча система встановлення лабораторного діагнозу для взяття під медичне спостереження створює значні перешкоди для залучення клієнтів до супроводу.
6. На рівні ЗОЗ області лише частково запроваджено адекватні й актуальні політики і плани щодо КіТ (у ЗОЗ протитуберкульозної та СНІД служб), це дозволило забезпечити баланс між обсягом наявних ресурсів та потребами місцевого населення, але заходи з КіТ не перейшли до розряду стандартів роботи ЗОЗ (ЦПМСД, амбулаторія, ФАП).
7. Недостатнім залишається рівень місцевого, обласного, державного фінансування заходів з діагностики ВІЛ-інфекції.

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

5.5.1. Чи приводять заходи, які здійснюються, до змін?

Серед ключових заходів Регіональної програми стосовно забезпечення профілактики ВІЛ серед представників КГН щодо інфікування ВІЛ та їхніх сексуальних партнерів є надання ЛВІН комплексних профілактичних послуг, рекомендованих ВООЗ та об'єднаною програмою ООН з урахуванням кращого світового досвіду, на базі НУО, мобільних пунктів та амбулаторій, аптек. Так, запланований Програмою показник такого охоплення у 2015 р. становив 2632 особи, а реально протягом цього ж року було охоплено 3273 особи, що на 24% більше від запланованого, але складає лише 65,5% від оціночного числа ЛВІН. Аналогічна ситуація простежується і у 2016 році. У Програмі також передбачене забезпечення

ЛВІН послугами ЗПТ, включаючи заклади системи виконання покарань, зокрема очікувалось, що протягом 2015 р. буде охоплено 388 осіб, реальний показник склав 328 осіб, а протягом 2016 р. при плані у 430 осіб послуги отримало 366, що протягом обох років на 15% менше від запланованого. Окремі заходи Програми передбачають 100% забезпечення безперешкодного доступу ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які вживають ін'єкційні наркотики, до реабілітаційних програм, ЗПТ та їх соціальний супровід. Але окремого обліку саме цієї категорії послуг централізовано не проводилося.

Протягом 2012–2016 рр. у 8 разів зросла кількість ЛВІН (код 102 СЕМ), охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію (у 2012 р. – 437, у 2016 р. – 3692 осіб). При цьому, кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ серед ЛВІН (код 102 СЕМ), коливається від 122 або 21% від загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (2009 р.) до 59 або 11% (2016 р.).

За період 2009 – 2016 рр. зареєстровано семикратне зменшення рівня виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (2009 р. – 10,5%, 2016 р. – 1,5%). Зменшилася і поширеність її за даними біоповедінкових досліджень (2009 р. – 25,3%, 2011 р. – 19%, 2013 р. – 18,9%, 2015 р. – 15,9%).

Незважаючи на зменшення поширеності ВІЛ серед ЛВІН, за результатами біоповедінкових досліджень щороку зростає кількість ВІЛ-позитивних осіб старших 15 років з парентеральним шляхом інфікування, які перебувають під МН. Кумулятивна чисельність ЛВІН, які перебувають під МН зросла з 771 випадків (2009 р.) до 1031 (2016 р.).

Практично без динаміки залишається частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ з числа ЛВІН (код СЕМ – 102) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ (2009 р. – 10,6%; 2016 р. – 11%).

Знижується відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування на ВІЛ від протестованих ЛВІН у НУО (2013 р. – 5,3%, 2014 р. – 5,2%, 2015 р. – 1,1%, 2016 р. – 0,9%).

Висновки:

- ЛВІН, все ще залишаються групою, яка має найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції.
- Впроваджені профілактичні ВІЛ-послуги для ЛВІН призводять до позитивних змін щодо зниження захворюваності та зниження парентерального шляху інфікування, але при цьому показник поширеності ВІЛ серед ЛВІН залишається високим.
- Спостерігається стійке зменшення кількості ЛВІН серед знятих з обліку з причини смерті, що пов'язане з активним залученням даної цільової групи до програм ЗПТ та АРТ.

5.5.2. Чи охоплені заходами потрібні люди?

Охоплення ЛВІН профілактичними програмами (2011 р. – 26,3%, 2013 р. – 17,7%) залишається недостатнім. На даний час якісні профілактичні заходи впроваджуються лише у п'яти містах Житомирської області, але щорічно збільшується частка сільського населення серед вперше виявлених ВІЛ-інфікованих, включаючи осіб з парентеральним шляхом інфікування. Зростає і загальна кількість розданих ЛВІН шприців (2013 р. – 289909 шт., 2016 р. – 417848 шт.). Така робота проводиться на 35 ПОШ (2016 р.), які розташовані у

найбільших містах області (Житомир, Новоград-Волинський, Бердичів, Коростень, Коростишів), а також у мобільній амбулаторії. Така кількість пунктів обміну не задовольняє потребу ЛВІН, особливо у віддалених районах та селах Житомирської області.

Послугами з КіТ на ВІЛ у 2015 р. було охоплено 77% ЛВІН (цільове значення 45%). Цього вдалося досягти завдяки роботі в області мобільної амбулаторії, яка зокрема, проводить і тестування на ВІЛ, а також через залучення до тестування медичних працівників сайтів АРТ як у самому Житомирі, так і в районах області.

З метою зменшення споживання ін'єкційних наркотиків серед ЛВІН в області впроваджено програму ЗПТ. Її послуги надаються на базі обласного наркологічного диспансеру та 4-х сайтів ЗПТ (Бердичів, Коростень, Новоград-Волинський, Коростишів).

Незважаючи на те, що показник охоплення послугами ЗПТ зріс (у 2009 р. – 227, у 2016 р. – 366 осіб), лише 40,% від оціночної кількості ЛВІН мають доступ до програми.

Участь ЛВІН у програмі ЗПТ для ЛЖВ дозволяє суттєво підвищити їхню прихильність до АРТ. У програмі ЗПТ беруть участь 131 ЛЖВ (35,7%), з них 65 осіб (49,6%) охоплені послугою АРТ.

В області не досягнуто цільового значення охоплення ЛВІН профілактичними програмами. Серед даної групи продовжують панувати стереотипи щодо «недоброзичливості» медичних працівників, що змушує їх приховувати факт ін'єкційного вживання наркотиків; наявний низький рівень знань щодо запобігання статевим ризикам інфікування ВІЛ, незначна мотивація до недопущення ризикованої сексуальної поведінки.

Змін на краще можливо досягти за рахунок:

- застосування процедури асистованого самотестування клієнтів НУО ШТ ВІЛ та ІПСШ; поширення, інформаційних матеріалів на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН та їхніх сексуальних партнерів ;
- достатнього рівня забезпечення презервативами, лубрикантами; навчання ЛВІН та їхніх сексуальних партнерів практикам безпечної сексуальної поведінки;
- соціально-психологічного супроводу ЛВІН на базі НУО, включаючи кейс-менеджмент;
- проведення інформаційно-освітньої роботи серед медичної спільноти.

Висновки:

- ЛВІН є КГН, яка найбільше охоплена профілактичними послугами, але їхній обсяг все ще є недостатнім.
- Доступ до профілактичних послуг наявний у ЛВІН, які проживають у найбільших містах області.

5.5.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі?

Досягнуто позитивних змін щодо поведінкових ін'єкційних ризиків ЛВІН. Відсоток ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику суттєво зріс та становив 97,5% (2015 р.) проти 60,9% (2009 р.). Кількість розданих шприців, які поширювалися на 35 пунктах обміну, зросла майже вдвічі (2013 р. – 289909 шприців, 2016 р. – 417848). Суттєве зростання спостерігається стосовно середньої кількості шприців на одного ЛВІН: від 5,7% (2013 р.) до 8,3% (2016 р.) у порівнянні з оціночною кількістю ЛВІН.

Але інфікування ВІЛ статевим шляхом, навпаки, для цієї групи залишилися дуже актуальними. За даними біоповедінкових досліджень, лише третя частина ЛВІН використовували презерватив під час останнього сексуального контакту (у 2009 р. – 34,9%, у 2011 р. – 25,1%, у 2013 р. – 21%, у 2015 р. – 33,2%). Половина ЛВІН знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, але кількість обізнаних скоротилася з 54,6% (2009 р.) до 49,7% (2013 р.). За даними біоповедінкових досліджень 2015 р., 66,4% ЛВІН мали за останні 3 місяці двох і більше сексуальних партнерів, а середня кількість сексуальних партнерів за цей період становила 4,1.

Незважаючи на превалювання статевого шляху інфікування ВІЛ над парентеральним, серед нових зареєстрованих випадках гетеросексуального інфікування ВІЛ серед чоловіків можуть бути приховані ЛВІН. Підтвердженням тому є реєстрація ко-інфекції ВГС/ВІЛ серед чоловіків, інфікованих статевим шляхом. За результатами тестування ШТ (біоповедінкове дослідження, 2015 р.) найбільший ризик серед ЛВІН становить інфікованість ВГС (27,6% від всіх обстежених), ВІЛ (15,9%), сифілісом (1,6%), ВГВ (1,5%).

Висновки:

1. Обсяги профілактичних втручань на сьогодні залишаються недостатніми для зупинення розповсюдження ВІЛ серед ЛВІН, а відтак – для обмеження потенційного поширення ВІЛ на загальне населення.
2. Слід продовжити практику обміну використаного інструментарію на стерильний.
3. Рівень знань про шляхи передачі ВІЛ зростає, але він все ще залишається недостатнім, оскільки ЛВІН продовжують практикувати небезпечну сексуальну поведінку.
4. Проблемним моментом є відсутність доступу до профілактичних програм для ЛВІН у малих містах та районах області.

5.5.4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

За даними МБФ «Альянс громадського здоров'я», за 2016 р. профілактичними програмами було охоплено 4460 ЛВІН (89,2% від оціночної кількості).

Профілактичні послуги з обміну шприців, консультування та доступу до презервативів для ЛВІН добре представлені в межах Житомира, Новоград-Волинського, Бердичева, Коростишева та Коростеня, однак ще 21 район області був забезпечений такими послугами лише частково.

Не надаються послуги статевим партнерам ЛВІН, що впливає на регіональні показники поширеності передачі ВІЛ статевим шляхом. Серед клієнтів НУО з числа ЛВІН, є значна кількість таких, які постійно проходять тестування, що може штучно занижувати показники поширеності ВІЛ під час асистованого самотестування. Виникають складнощі із доведенням клієнтів до ЛПЗ з метою постановки на облік. Серед причин низької активності клієнтів НУО щодо отримання послуг – недовіра до медичних працівників, відсутність інтегрованих послуг та наявність стереотипу у мотивації за зверненням до НУО лише у разі отримання матеріальної винагороди (продуктового набору або сплати телефонного рахунку тощо), цінність власного здоров'я для багатьох клієнтів не є мотивацією.

Профілактичні програми для ЛВІН реалізуються в області лише за рахунок гранту ГФ через ГО «Перспектива». З обласного бюджету цільових кошторисних видатків для забезпечення надання послуг з профілактики ВІЛ серед КГН не передбачено через відсутність правового підґрунтя для фінансування діяльності НУО.

В області існує інтегрованість окремого переліку послуг для ЛВІН. Так, потенційні клієнти програм ЗПТ скеровуються наркологом на проходження безкоштовного обстеження на ВІЛ, вірусні гепатити, сифіліс, TORCH-інфекції.

Незважаючи на значне охоплення тестуванням на ВІЛ клієнтів НУО, виникають суттєві розбіжності між статистичними даними звітної форми №1,2 ВІЛ/СНІД та даними НУО стосовно переадресації клієнтів з позитивним результатом тесту на ВІЛ до профільних ЗОЗ. Так, в 2016 р. за даними ЗОЗ було від НУО перенаправлено та взято на облік 9 клієнтів (або 32%) з позитивним результатом тесту на ВІЛ, коли за звітною формою НУО за цей же період виявлено і скеровано до ЗОЗ 28 клієнтів з позитивним результатом ШТ. Таким чином, скеровування та супровід ВІЛ-позитивних клієнтів від НУО до профільних ЗОЗ залишається на низькому рівні.

На регіональному рівні до надання послуг ЛВІН залучені лише профільні ЗОЗ та дві НУО, що не задовольняє повністю потребу у послугах для зазначеної цільової групи. ЛВІН залишаються поза увагою ЦСССДМ, які ще кілька років тому мали зазначену групу серед цільових у своїй роботі та забезпечували роботу ПОШ у Житомирі.

Представники організацій-надавачів послуг з профілактики для ЛВІН залучалися до розробки регіональних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, але дієвих механізмів бюджетного фінансування діяльності недержавних організацій не було запроваджено. Крім того, між НУО, які надають послуги різним цільовим групам (тільки ЛВІН або тільки ЛЖВ), існує прихована конкуренція, що може негативно впливати на переадресацію і подальший супровід клієнтів з поєднаними проблемами (ЛВІН+ЛЖВ+ЗПТ+АРТ).

Висновки:

1. Послуги для ЛВІН в області недостатньо децентралізовані і переважно надаються лише в найбільших містах, зокрема і в обласному центрі. З даною групою працює лише одна НУО – ГО «Перспектива» (мобільна амбулаторія, профілактичні послуги для ЛВІН).
2. Відсутні окремі напрямки профілактичної роботи зі статевими партнерами ЛВІН.
3. Незважаючи на збільшення кількості ЛВІН, залучених до програми ЗПТ, охоплення зазначеним напрямком роботи не відповідає цільовим показникам та оціночній кількості ЛВІН.
4. Низькою залишається частка ЛВІН, які перебувають на АРТ.

5.5.5. Чи є здійснювані заходи правильними/ релевантними?

Профілактичні програми, які проводяться в області є правильними, доводять свою ефективність в протидії ВІЛ-інфекції та мають вплив на захворюваність ВІЛ серед ЛВІН.

Для області характерний низький рівень забезпеченості кадровими та матеріальними ресурсами для реалізації заходів ЗПТ. ЖОЦПБ із СНІДом, ОПТБД не мають сайтів ЗПТ, що знижує ефективність та вплив на рівень епідемії ВІЛ серед ЛВІН. Заходи протидії ВІЛ для ЛВІН в ДКВС не інтегровані.

Незважаючи на значні досягнення у проведенні профілактичної роботи, охоплення ЛВІН профілактичними послугами становить лише 65,5% (2015 р.) від оціночної кількості (у 2011 р. – 26,3%).

Суттєве збільшення кількості розповсюдженого стерильного інструментарію вплинуло на зростання відсотку ЛВІН, які використовували стерильні голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику, але у 2015 р. цей показник зменшився на 0,7% у порівнянні з 2013 р.

Загальне зростання відсотку ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту протягом 2011-2016 рр. до 33,2%, все ж таки менше від початкового значення у 34,9% протягом 2009 р., що актуалізує цей напрямок профілактичної роботи. Підтвердження такої ситуації спостерігається і у зменшенні відсотку ЛВІН, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається з 54,6% у 2009 р. до 49,7% у 2013 р..

За результатами дослідження фінансових витрат слід відмітити, що обсяги фінансування протидії епідемії в області, починаючи з 2009 р., зросли майже в сім разів. Обласна програма протидії ВІЛ/СНІДу на 2009-2013 рр. не передбачала окремого цільового фінансування, воно з'явилося лише з 2015 р.. Суттєве зростання фактичного фінансування Програми розпочалося з 2016 р., включаючи і обсяги фінансових витрат, що протягом 2016 р. склали 90,2% від запланованого. Слід додати, що основну частину наповнення бюджету Програми до 2014 р. складали кошти ДБ, а починаючи з 2014 р. суттєве фінансування надійшло від ГФ та інших позабюджетних джерел. Розподіл бюджетів за роками представлений у таблиці.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Загальна сума витрат	3318,4 тис. грн.	3006,0 тис. грн.	3749,2 тис. грн.	6749,7 тис. грн.	7525,8 тис. грн.	6045,2 тис. грн.	9706,6 тис. грн.	22187,5 тис. грн.
З них:	2423,5 тис. грн.	1988,3 тис. грн.	2781,8 тис. грн.	5614,3 тис. грн.	5632,6 тис. грн.	1089,0 тис. грн.	3437,8 тис. грн.	5824,6 тис. грн.
ДБ								
МБ	831,7 тис. грн.	740,2 тис. грн.	451,0 тис. грн.	551,2 тис. грн.	1056,2 тис. грн.	3162,1 тис. грн.	439,0 тис. грн.	907,4 тис. грн.
ГФ	61,1 тис. грн.	275,8 тис. грн.	454,5 тис. грн.	509,6 тис. грн.	751,8 тис. грн.	1522,6 тис. грн.	5829,8 тис. грн.	15455,5 тис. грн.
Інші кошти	2,1 тис. грн.	1,7 тис. грн.	61,9 тис. грн.	74,6 тис. грн.	85,2 тис. грн.	271,5 тис. грн.		

Профілактичні послуги пов'язані з обмеженнями від грантонадавача, який визначає об'єми послуг, штати проекту, включаючи кількість посад соціальних працівників. На даний момент, ресурси НУО, яка працює з ЛВІН, обмежені фінансуванням лише одного проекту. В зв'язку зі скороченням фінансування, з 2014 року пункт обміну шприців для ЛВІН Житомира, що працював на базі обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді та утримувався за кошти державного і місцевого бюджетів, був переданий НУО «Перспектива» з пільговою орендою будівлі, але повним утриманням за рахунок гранту ГФ.

Представники НУО брали участь в розробці заходів до проекту РП, засіданнях обласної координаційної ради.

Обрані інтервенції відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області, але потребують значного посилення координації на обласному рівні, продовження реалізації заходів наближення до пацієнта та подальшого розширення програм НУО. Це дозволить оптимізувати діяльність, як НУО так і ЗОЗ, змістити фокус діяльності, за потреби, на інші території, забезпечити надання безперервних послуг.

Перешкодами для правильного впровадження заходів є:

- нерівномірне охоплення ЛВІН профілактичними програмами;
- брак даних щодо охоплення профілактичними послугами партнерів ЛВІН;
- надання послуг не завжди є синергічним між різними службами та відомствами;
- надавачі послуг з профілактики для ЛВІН (за типами – державні, комунальні, неурядові тощо) були залучені до розробки регіональної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, але не вдалося узгодити заходи з розпорядниками коштів;
- недостатнє фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед ЛВІН за кошти обласного та місцевих бюджетів, з інших джерел (окрім міжнародних та обласних) кошти на послуги з профілактики ВІЛ серед ЛВІН не залучаються;
- відсутні установи, на які покладено відповідальність за запровадження профілактичних програм серед ЛВІН.

Висновки:

1. Обрані інтервенції відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області, але потребують значного посилення координації на обласному рівні, продовження реалізації заходів наближення до пацієнта та подальшого розширення програм НУО.
2. Заходи, спрямовані на профілактику серед ЛВІН, не повною мірою відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області. Програми профілактики впроваджені лише в частині міст та районів області.
3. Забезпечення презервативами, голками та шприцами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН здійснюється НУО в обласному центрі та під час роботи мобільної амбулаторії в 4-х районах області (Новоград-Волинському, Бердичівському, Коростенському, Коростишівському).
4. Виникають проблеми із якісною переадресацією ВІЛ-інфікованих ЛВІН між ЗОЗ та НУО. Навіть, якщо ЛВІН, який отримав позитивний результат швидкого тесту, доводиться до диспансерного обліку, то у подальшому він може втрачатися для спостереження у ЗОЗ.
5. Профілактичні програми для ЛВІН впроваджуються лише за рахунок міжнародних донорських організацій та реалізуються на базі всього двох НУО.
6. Не проводиться окрема профілактична робота зі статевими партнерами ЛВІН.

5.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-послуг для чоловіків, які мають секс з чоловіками.

5.6.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Окремим розділом Регіональної програми є забезпечення надання комплексних профілактичних послуг для ЧСЧ, рекомендованих ВООЗ, Об'єднаною програмою ООН з ВІЛ/СНІДу з урахуванням кращого світового досвіду, на базі НУО, мобільних пунктів та амбулаторій, аптек тощо з цільовим показником такого охоплення у 116 осіб (2015 р.) та 213 осіб (2016 р.). Разом з тим, у зазначені роки таке охоплення було суттєво перевищено: охоплено 200 осіб протягом 2015 р. та 227 осіб у 2016 р., але обидва показники складають лише 8% від оціночної кількості ЧСЧ в області.

Епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією серед ЧСЧ включає щомісячну звітність про кількість нових випадків інфікування та захворювання, але не відображає реальних масштабів через закритість даної КГН. Для отримання реальної картини використовується система епіднагляду другого покоління, яка поєднує епіднагляд за ВІЛ, епіднагляд за ІПСШ та моніторинг поведінки ЧСЧ.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (за даними біоповедінкових досліджень) зменшилася з 10,9% (2011 р.) до 5,2% (2013 р.) та 4,8% (2015 р.). Однією з причин зменшення показника поширеності ВІЛ серед ЧСЧ є недостатнє охоплення цієї групи послугами з КІТ на ВІЛ, яке становить лише 6% від оціночної кількості ЧСЧ.

За даними СЕМ, у досліджуваному періоді виявлено 18 ВІЛ-позитивних ЧСЧ (у 2013 р. – 9 випадків, у 2016 р. – 2 випадки). За весь період оцінки, на базі НУО було обстежено 578 ЧСЧ, серед яких виявлено 10 позитивних або 1,7%; протягом 2015-2016 рр. під час тестування у НУО щороку виявлявся лише один позитивний.

За даними РЕН, гомосексуальний контакт як шлях інфікування ВІЛ був визначений у 10-и пацієнтів у 2013 р. та у 2-х у 2016 р. Певна розбіжність у статистиці виникає з причини нерозкриття ЧСЧ своєї сексуальної орієнтації час первинного звернення до ЗОЗ.

Дані офіційної статистики щодо інфікування ВІЛ серед групи ЧСЧ відрізняються від даних біоповедінкового дослідження. Це пов'язано з тим, що група ЧСЧ залишається стигматизованою та не повідомляє про свою сексуальну орієнтацію в ЖОЦПБ із СНІДом або на сайтах АРТ в районах під час взяття під МН та визначення ймовірного шляху передачі ВІЛ.

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

Кількість осіб, які повідомили про гомосексуальний ризик інфікування ВІЛ та знаходяться під диспансерним наглядом у ЗОЗ області, дуже повільно, але з кожним роком зростає. Якщо у 2009 р. під наглядом перебувало 3 особи, то у 2016 р. – 25 осіб.

Висновки:

1. За даними СЕМ кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ серед ЧСЧ за останні роки суттєво знизилася – з 9-и осіб (2013 р.) до 2-х (2016 р.). Знизилася в 2 рази і поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (у 2015 р. – 4,8%). Зменшився відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ у НУО з 3,7% (2014 р.) до 0,5% (2016 р.).
2. Враховуючи той факт, що ЧСЧ залишаються найбільш стигматизованою групою, від медичних працівників часто приховують факт статевих стосунків з чоловіками на момент обстеження та постановки на облік. Тому наявні дані не дозволяють зробити однозначний висновок про реальні масштаби епідемії в групі ЧСЧ.

5.6.2. Чи охоплені заходами потрібні люди?

Кількість ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію (код 103 СЕМ) суттєво зросла (у 2011 р. – 1 особа, у 2016 р. – 221).

Однією з послуг, яку НУО надають для ЧСЧ, є тестування за допомогою ШТ на ВІЛ. Кількість ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію на базі НУО за останні роки залишалася майже незмінною (2014 р. – 215 осіб (з них 8 отримали позитивний результат), 2015 р. – 161 особа (1 позитивний результат), 2016 р. – 201 особа (1 позитивний результат), що пов'язане з обмеженим ресурсом проектного охоплення даної цільової групи.

За даними біоповедінкових досліджень, зріс відсоток ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12-и місяців (2011 р. – 23,2%, 2015 р. – 40,5%).

Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код 103 СЕМ) навпаки зменшилася (у 2013 р. виявлено 9 позитивних ЧСЧ, у 2014 та 2016 р. – по 2, у 2015 р. – 5) та становить 0,9% від обстежених ЧСЧ. Відповідно, частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ серед загальної кількості осіб також зменшилася (2013 р. – 1,7%; 2016 р. – 0,3%).

Спостерігається тенденція до збільшення виявлення ВІЛ-інфекції у віковій групі старших 50 років, особливо серед осіб чоловічої статі. Так, у 2009 р. у віковій групі старше 50 років перебувало під МН на кінець звітного року 16 осіб (з них 9 чоловіків), у 2016 р. – 145 осіб, з них 86 чоловіків. Не усі ЛЖВ з уперше в житті встановленим діагнозом взяті під МН протягом звітного періоду (2009 р. – 9 осіб, з них 7 чоловіків або 78%; 2010 р. – 16 осіб, з них 6 чоловіків або 38%; 2011 р. – 14 осіб, з них 10 чоловіків або 71%; 2012 р. – 18 осіб, з них 9 чоловіків або 50%; 2013 – 30 осіб, з них 14 чоловіків або 47%; 2014 р. – 65 осіб, з них 26 чоловіків або 40%; 2015 р. – 32 особи, з них 24 чоловіка або 75%; 25 осіб, з них 17 чоловіків або 68%). Враховуючи те, що у цій віковій групі реєструвалися переважно інфікувані чоловіки з гетеросексуальним шляхом інфікування, це може свідчити про приховані випадки гомосексуальної поведінки серед чоловіків.

Відсоток ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива, у 2015 р. становив 45,4% проти 67,4% у 2013р. Значення даного показника суттєво зменшилося, що свідчить про зниження практики безпечної сексуальної поведінки у ЧСЧ.

Рівень знань ЧСЧ, які правильно визначали шляхи передачі ВІЛ-інфекції та ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, збільшився з 36,2% (2011р.) до 58% (2015р.).

Серед причин, які заважають досягти запланованого охоплення даної цільової групи:

- недостатня поінформованість ЧСЧ про отримання послуг з діагностики, лікування та супроводу;
- низький рівень підготовки медичних працівників ЗОЗ щодо надання медичних послуг спеціально для ЧСЧ;
- система переадресації ЧСЧ на рівні ЗОЗ не відпрацьована.

Висновки:

3. Для області характерне низьке охоплення профілактичними послугами та тестуванням на ВІЛ серед ЧСЧ (2013 р. – 1,5%; 2014 р. – 37,3%; 2015 р. – 8,3% від оціночної кількості ЧСЧ в області).
4. Практично не охоплені послугами ЧСЧ старші 50 років; статеві партнерки ЧСЧ-бісексуалів; ЧСЧ, які перебувають у місцях позбавлення волі; ЧСЧ, які проживають у сільській місцевості та у віддалених районах.
5. Серед ЧСЧ зросла частка осіб, обізнаних щодо шляхів передачі ВІЛ, але знизилася практика використання презервативів, незважаючи на щорічне збільшення кількості розповсюдження

5.6.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі?

За даними програмного моніторингу, частка ЧСЧ, охоплених заходами програмного моніторингу, зросла з 1,5% (2013 р.) до 6,6% (2016 р.), але все ще не відповідає запланованим показникам.

За даними біоповедінкових досліджень, суттєво зменшилася кількість пунктів на базі НУО, які проводили роздачу презервативів для ЧСЧ (у 2013 р. – 5; у 2014 р. – 9, у 2016 р. – 1), загальна кількість розданих презервативів ЧСЧ майже не змінювалася останні роки (2014 р. – 33888 шт., 2016 р. – 35560 шт.). Але відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком, навпаки, зменшився (2011 р. – 52,9%, 2013 р. – 67,4%, 2015 р. – 43%).

Висновки:

- Обсяг профілактичних послуг для ЧСЧ в області залишається на недостатньому рівні, що не дозволяє досягти програмних цілей у контролі епідемії у зазначеній ключовій групі.
- Тенденція до зменшення практики використання презервативів на тлі високого рівня знань про ризики інфікування ВІЛ та розданих презервативів є зоною ризику і потребує додаткового аналізу.

5.6.4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

У РП заходи з профілактики ВІЛ/СНІД серед ЧСЧ передбачені, але фінансуються лише міжнародними донорськими організаціями. Так, у 2015 р. з коштів ГФ на профілактичні послуги для ЧСЧ було виділено 26,5 тис. грн., а у 2016 р. – 62,7 тис. грн., при передбаченій Програмою сумі 48,7 тис. грн., що на 20% більше від запланованого.

Незважаючи на значну кількість розданих презервативів для ЧСЧ на базі НУО, соціальні працівники не завжди навчають клієнтів навичкам/технікам безпечної поведінки, бо не володіють достатніми практичними знаннями або не готові відверто обговорювати інтимну сферу стосунків. Квоти щодо кількості презервативів на одного клієнта, рекомендовані донором, не завжди відповідають реальним потребам. Трапляються випадки, коли клієнти скаржаться на низьку якість та відсутність необхідного розміру презервативів, або хочуть отримати презервативи лише для орального чи анального сексу. Представники ЧСЧ частіше не використовують презервативи з постійними партнерами, повністю довіряючи їм.

В області зареєстрована та працює НУО «Союз ЛГБТ «Ти не один»», яка надає послуги для ЧСЧ. Лише протягом 2013 р. з початку реалізації профілактичного проекту цією організацією до ЛПЗ було доведено та взято на облік 9 ЧСЧ. З 2015 р. організація не має окремого напрямку профілактичної роботи з ЧСЧ, а послуги з КіТ на ВІЛ для ЧСЧ надаються як додатковий напрямок проекту БФ «Нехай твоє серце б'ється». Така ситуація негативно впливає як на якість охоплення групи ЧСЧ профілактичними заходами, так і на виявлення та доведення ВІЛ-позитивних представників даної групи до ЗОЗ.

ЧСЧ можуть отримати пакет профілактичних послуг лише у Житомирі, Новограді-Волинському та Бердичеві. ЧСЧ користуються послугами з КіТ за програмами НУО і в мережі ЗОЗ (в КД, шкірвендиспансері). У процесі обстеження на ВІЛ з використанням ШТ, ЧСЧ схильні більше довіряти «дружньому» медику як залученому спеціалісту, ніж асистованому самотестуванню. Медичні працівники, залучені до надання послуг з КіТ на ВІЛ у ЗОЗ області, не завжди володіють достатнім рівнем знань та навичок консультування ЧСЧ щодо статевих ризиків.

Поза увагою профілактичних проектів знаходяться і ЧСЧ, які перебувають у закладах ДКВС. Складною щодо доступу до заходів з профілактики ВІЛ/СНІД є група чоловіків-бісексуалів та їхніх статевих партнерок. Слід додати, що у порівнянні з іншими КГН, групі ЧСЧ властива більша схильність до поширення міфів щодо ризику пердачі ВІЛ/СНІД, самостигматизації та уникнення ВІЛ-сервісних послуг.

Кадрові та матеріальні ресурси для забезпечення надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ у районах області не розвинуті, надаються переважно на базі шкірно-венерологічної та СНІД служби області. Питання переадресації ЧСЧ, тестування, лікування, догляду та підтримки розроблені та відпрацьовані лише між НУО та ЖОЦПБ із СНІДом (сайтами АРТ в районах), а також дерматовенерологічною службою. Інші партнери у цей процес не залучені.

На рівні області не існує окремих програмних документів, які б регулювали питання профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ. НУО «Союз ЛГБТ «Ти не один», яка здійснює профілактичну роботу серед ЧСЧ, була залучена до розробки РП, але дієвих механізмів реалізації заходів програми для цієї групи та відповідного бюджетного фінансування наразі не має.

Висновки:

1. Послуги з профілактики ВІЛ для ЧСЧ в області не децентралізовані і доступні тільки на рівні обласного центру.
2. Серед усіх КГН, послугами з догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих представники групи ЧСЧ охоплені найменшою мірою.
3. Для групи ЧСЧ у профільних закладах, на сайтах АРТ та у ЖОЦПБ із СНІДом доступні послуги з КіТ, АРТ, переадресації НУО.
4. НУО «Союз ЛГБТ «Ти не один», яка здійснює профілактичну роботу серед ЧСЧ, була залучена до розробки обласної Програми.

5.6.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Для планування ефективних втручань на обласному рівні національними та міжнародними експертами проведено розрахунки розміру популяції ЧСЧ, яка станом на 01.01.2017. по Житомирській області становить 3700 осіб.

До профілактичних послуг ЧСЧ залучено лише одну організацію – «Союз ЛГБТ «Ти не один», яка у 2014-2016 рр. реалізує проектну діяльність на базі іншої НУО, «Нехай твоє серце б'ється», що обмежує розвиток її професійного потенціалу та доступ до проектних ресурсів. Така ситуація вимагає включення профілактичної роботи з ЧСЧ як обов'язкового компонента нової регіональної Програми.

Складною у доступі і зверненні за послугами є вікова група ЧСЧ старших 50 років, що потенційно матиме вплив на поширення ВІЛ статевим шляхом.

Наявна система забезпечення ЧСЧ презервативами, лубрикантами, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ стосується лише окремих ЗОЗ (ЖОЦПБ із СНІДом, шкірвенерологічний диспансер, сайти АРТ в Новоград-Волинському, Бердичеві та Коростені) та впроваджується лише однією НУО.

В області відсутній загальний доступ ЧСЧ до безкоштовної правової та юридичної допомоги, консультацій щодо порушення прав ЧСЧ, запобігання переслідуванням або випадкам насильства стосовно ЧСЧ.

Програми профілактики серед ЧСЧ є пріоритетним завданням на шляху подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в області, особливо зважаючи на отримані прогностичні показники щодо росту нових випадків серед даної групи ризику у майбутньому.

Висновки:

1. Обсяг заходів з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ не відповідає потребі епідеміологічного та соціально-економічного контексту області.
2. Профілактичні послуги для ЧСЧ обласною Програмою не фінансуються. На рівні області не існує інших окремих програмних документів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.
3. У регіоні бракує кваліфікованих спеціалістів, які можуть надавати послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ.

5.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-послуг для працівників комерційного сексу.

5.7.1. Чи приводять заходи, які здійснюються, до змін?

У переліку заходів регіональної програми передбачено забезпечення ОСБ комплексними профілактичними послугами, рекомендованими ВООЗ та Об'єднаною програмою ООН з урахуванням кращого світового досвіду, на базі НУО, мобільних пунктів та амбулаторій, аптек, з показником щорічного охоплення 640 осіб або 86% від оціночної кількості в області. У порівнянні з іншими КГН, стосовно ОСБ регіональна Програма найбільше наблизилася у визначенні охоплення до оціночних даних, але це може бути пов'язане з початковим заниженням регіонального показника означеної ключової групи до 700 осіб. У реалізованих профілактичних заходах стосовно ОСБ рекомендований Програмою показник був несуттєво перевищений, як протягом 2015 р. (705 осіб), так і протягом 2016 р. (702 особи).

Результати епідеміологічного дослідження другого покоління, що впроваджуються протягом останніх років, свідчать, що поширеність ВІЛ у групі ОСБ скоротилася в 9 разів (у 2009 р. – 10%, у 2015 р. – 0,7%).

Впродовж звітнього періоду відсоток ОСБ з позитивним результатом тестування на ВІЛ від кількості протестованих у НУО був невисоким і становив 0,2% (3 особи з 1703 протестованих ОСБ за 2009-2016 рр.).

З 2013 р. до статистичної звітності області за результатами СЕМ включено кодування за кодом 105.2 (особи, які надають сексуальні послуги за винагороду), але наразі позитивних результатів обстеження ОСБ на ВІЛ-інфекцію не виявлено. Питома вага серед обстежених ОСБ в ЗОЗ області також незначна та становить від 0,3% (2013 р.) до 1,5% (2016 р.).

Висновок:

За період 2009 – 2016 рр. фіксуються поодинокі випадки захворюваності на ВІЛ серед ОСБ за даними СЕМ, відсутні достатні докази щодо об'єктивної поширеності ВІЛ саме серед представників цієї ключової групи.

5.7.2. Чи охоплені заходами потрібні люди?

Лише четверта частина ОСБ охоплені профілактичними послугами (2009 р. – 28%, 2013 р. – 25,4%, 2015 р. – 28%). Так, ОСБ, які отримують послуги на базі БФ «Нехай твоє серце б'ється», охоплені профілактичними заходами лише у Житомирі, Коростені, Бердичеві, Новограді-Волинському. Неохопленими залишаються ОСБ з інших населених пунктів області.

За даними біоповедінкових досліджень, відсоток ОСБ, які охоплені тестуванням на ВІЛ зменшився з 30,7% (2009 р.) до 12% (2015 р.), але суттєво зросла кількість тестувань на базі НУО (у 2013 р. – 233 осіб, у 2016 р. – 574).

Відсоток ОСБ, які пройшли КіТ на ВІЛ за останні 12 місяців та знають свої результати, суттєво зменшився (2009 р. – 30,7%, 2016 р. – 12%).

Спостерігається позитивна динаміка щодо безпечної сексуальної поведінки серед ОСБ. Відсоток ОСБ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з клієнтом незначно збільшився (2009 р. – 79,3%, 2015 р. – 87,9%).

Серед причин, які заважають охопити повною мірою представників даної цільової групи є:

- низька активність медичних працівників ЗОЗ та НУО щодо розширення доступу до КіТ для ОСБ;
- відсутність мотивації медичних працівників надавати послуги для ОСБ;
- високий рівень стигматизації з боку медичних працівників стосовно ОСБ;
- заходи з профілактики ВІЛ серед ОСБ передбачені обласною програмою, але фінансування здійснюється лише за рахунок неурядових організацій.

Висновки:

1. Позитивна динаміка щодо безпечної сексуальної поведінки серед ОСБ свідчить про доступ представників даної групи до послуг з профілактики ВІЛ, що є свідченням охоплення потрібних людей. Разом з тим, неохопленими залишаються ОСБ з невеликих міст та районів області.

2. Незважаючи на збільшення показника охоплення ОСБ послугами КіТ на базі НУО, зменшується виявлення ВІЛ-позитивних ОСБ у цій групі, що може свідчити не лише про зменшення поширеності ВІЛ, але і про якість проведення асистованого самотестування на базі НУО «Нехай твоє серце б'ється».

5.7.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі?

Профілактичні програми для ОСБ, які впроваджуються в області, характеризуються постійним нарощуванням кількості охоплених клієнтів та відповідають рекомендованому обсягу охоплення цієї групи (у 2013 р. – 100%, у 2016 р. – 87,1%). Разом з тим, недостатнім є рівень вивчення місць надання послуг представниками даної групи, їхня кількісна представленість та активність на окремих точках (квартири, готелі, вулиця), диференційована доступність та якість профілактичної роботи.

Враховуючи те, що послуги ОСБ та ЛВІН надаються в області різними НУО, з метою уникання дублювання одних і тих же клієнтів у різних профілактичних проектах складно виокремити в одну цільову групу ОСБ+ЛВІН. Практика вживання наркотичних речовин не перевищує 10% від загалу ОСБ і є особливо поширеною серед ОСБ, які працюють на вуличних точках, що створює подвійні ризики інфікування ВІЛ та гепатитом С.

БФ «Нехай твоє серце б'ється» проводить роздачу презервативів та надає послуги з профілактики ВІЛ серед ОСБ. Профілактичні послуги надаються на вуличних маршрутах, а також із залученням медичних працівників з числа лікарів ЖОЦПБ із СНІДом, КіЗів Новоград-Волинського, Коростенського, Бердичівського та Коростишівського районів. Незважаючи на те, що кількість пунктів, які проводили роздачу презервативів і надавали послуги з профілактики суттєво зменшилася (2013 р. – 35, 2016 р. – 3), загальна кількість розданих презервативів майже не змінювалася (2013 р. – 180741; 2016 р. – 172690 шт.).

На фоні розширення масштабів профілактичних програм не вдається забезпечити достатній об'єм послуг. Основними причинами можна визначити:

- розташування НУО, внаслідок чого послуги для ОСБ доступні лише на рівні окремих міст області поруч з найбільшими транспортними розв'язками, при цьому у самих містах та у віддалених районах вони не представлені, або надаються частково;
- профілактичні програми для ОСБ в області реалізуються лише за кошти зовнішніх донорів;
- не надаються профілактичні послуги бісексуалам і трансгендерам, залученим до комерційного сексу, також в області відсутня НУО, яка надавала б послуги саме даній групі ризику;
- низький рівень звернення ОСБ в ЗОЗ.

Висновки:

1. Враховуючи високий рівень стигматизації групи ОСБ з боку медичних працівників, а також обмеженість моніторингу охоплення цієї групи соціально-медичними послугами, наразі немає можливості точно визначити дані оцінки, включаючи і залученість ОСБ в епідемічний процес.
2. До специфічних послуг серед ОСБ залучено лише одну НУО «Нехай твоє серце б'ється», у ЗОЗ відсутні спеціалісти, які фахово могли б працювати з цією ключовою групою.

5.7.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Профілактичні послуги ОСБ надаються в області лише однією НУО – БФ «Нехай твоє серце б'ється». Зазначена профілактична робота обмежена ресурсами одного проекту, що реалізується лише у 5 містах області і переважно стосується ОСБ, які працюють на вулиці та поруч з найбільшими транспортними розв'язками. Для профілактичної роботи з ОСБ ресурс наявної в області мобільної амбулаторії не використовується.

Статеві партнери ОСБ до тестування на ВІЛ на базі НУО окремо не залучалися в зв'язку з відсутністю ресурсів саме на цей напрямок роботи.

Виникають складнощі із доступом ОСБ до інтегрованих медичних послуг, зокрема при одночасному обстеженні різними вузькими спеціалістами без перенаправлення до інших ЗОЗ. Найбільші перешкоди виникають щодо звернення та обстеження ОСБ з віддалених районів та сіл області, що змушує їх їхати до обласного центру.

Фінансові ресурси для забезпечення надання послуг з профілактики ВІЛ серед ОСБ за кошти інших бюджетів (за виключенням міжнародних та обласного бюджету) недоступні. Але разом з тим, і таке фінансування є лише частковим. На профілактичні послуги для ОСБ у 2016 р. бюджетом було заплановано 432,0 тис. грн., а профінансовано з коштів ГФ лише 282,2 тис. грн. або 65%.

Під час звернення за послугами з КіТ на ВІЛ ОСБ намагаються приховати факт своєї ризикованої поведінки від медичного працівника через недовіру та страх стигматизації. Ефективною була попередня практика залучення до роботи з ОСБ медиків, які володіли додатковими навичками спілкування з цією групою.

Окремим напрямком профілактичної роботи слід виділити групу ОСБ, які старші 25 років, оскільки вони більш «самовпевнені» щодо володіння достатнім рівнем знань і навичок стосовно безпечної сексуальної поведінки, складніше ідуть на контакт з соціальними працівниками та уникають медичних закладів. Не вивчалася окремо та не залучалася до профілактичної роботи група ОСБ-чоловіків, особливо ОСБ-ЧСЧ, попит на послуги яких останнім часом суттєво зростає.

Перешкодами для правильного впровадження заходів є наступні:

1. послуги для ОСБ слабо інтегровані в систему ЗОЗ;
2. застаріла система охорони здоров'я не дозволяє впроваджувати інноваційні підходи для КГН, що становить перешкоди для впровадження заходів і для ОСБ;

3. обмежена кількість громадських організацій, які працюють з даною цільовою групою;
4. програми для розвитку кадрового потенціалу медичних працівників для роботи з представниками ОСБ не впроваджуються на рівні ЦПМСД;
5. високий рівень стигматизації стосовно ОСБ медичними працівниками;
6. відсутність соціального замовлення на надання послуг з профілактики ВІЛ для ОСБ за кошти місцевого бюджету.

Висновки:

1. Послуги для ОСБ не є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами.
2. ОСБ мають доступ до цільових послуг КіТ і програм догляду та підтримки для ОСБ-ЛЖВ лише на базі НУО, у разі приховування факту ризикованої поведінки доступ до зазначеного переліку послуг на базі ЗОЗ не обмежується, але надається на загальних засадах, без акцентів на специфічних формах ризикованої поведінки цієї ключової групи.
3. У ЗОЗ практично відсутні кваліфіковані медичні працівники, які мають досвід роботи з ОСБ.

5.7.5. Чи заходи, які здійснюються, є правильними/релевантними?

Хоча місцева влада політично підтримує профілактичні програми серед ОСБ, проте фінансова підтримка заходів не забезпечується.

Медичні послуги для ОСБ в області надаються ЗОЗ служби СНІД та шкірно-венерологічними диспансерами. Відсутні алгоритми взаємодії ОСБ з гінекологами, що територіально доступніші у зверненнях цієї ключової групи до ЗОЗ і можуть надавати медичну допомогу на первинному рівні у ЦПМСД. Не організовуються та не проводяться окремі спеціальні навчання для медичних працівників різних рівнів надання медичної допомоги та профільних ЗОЗ щодо особливостей медичного супроводу групи ОСБ.

Окремі освітні заходи якщо і здійснюються спільно фахівцями ЗОЗ та НУО, то епізодично і за кошти ГФ або інших донорських організацій.

Не ведеться окремий напрямок роботи щодо попередження насильства стосовно ОСБ. Відсутній окремий кризовий центр для жінок, які опинилися у важких обставинах з числа ЛВІН, ОСБ, ЛЖВ. Зокрема, наявний жіночий кризовий Центр у структурі ЦСССДМ м.Житомира не надає послуги жінкам-ЛЖВ, виходячи з власного статуту та режиму роботи.

Не приділяється окрема увага профілактичній роботі з родинами ОСБ, супровід дітей та допомога у догляді на випадок звернення ОСБ по медичну допомогу. Відсутні постійно діючі дитячі кімнати денного перебування для дітей з родин жінок, які перебувають у кризовому стані або змушені відлучитися для медичного огляду або консультації спеціалістів.

Не розроблені маршрути пацієнтів та механізми переадресації, за виключенням ЖО-ЦПБ із СНІДом, сайтів АРТ (Новоград-Волинський, Бердичів, Коростень) та дерматовенерологічного диспансеру. Не ведеться якісний моніторинг на базі ЗОЗ щодо забезпеченості ОСБ послугами з КіТ/АРТ/ЗПТ/ІПСШ, що обмежує бачення цілісної картини потреб цієї цільової групи.

Жодного разу в області не вивчався рівень прояву стигматизації та дискримінації стосовно ОСБ, відсутні об'єктивні дані щодо задоволеності якістю отриманої допомоги представниками цієї ключової групи, що не дозволяє системно змінювати регіональну ситуацію на краще.

Висновки:

1. Заходи з профілактики ВІЛ серед ОСБ не повною мірою відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області: профілактичні послуги для ОСБ надаються лише на базі однієї НУО і практично відсутні на базі ЗОЗ, ЦСССДМ та інших державних структур.
2. Профілактичні послуги, які надаються ОСБ в області, не є життєстійкими, і, у разі відсутності фінансування програм зовнішніми донорами, надання їх може припинитися внаслідок відсутності фінансування у обласній Програмі.
3. Програмних документів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ОСБ в області не впроваджено.
4. Не проводиться активна профілактична робота зі статевими партнерами ОСБ.
5. У ЗОЗ та інших дотичних сферах допомоги ОСБ відсутні фахові людські ресурси для надання кваліфікованих профілактичних послуг для ОСБ.
6. Система забезпечення безкоштовними презервативами, швидкими тестами на ВІЛ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ОСБ наявна лише на базі НУО «Нехай твоє серце б'ється».

6.ВИСНОВКИ.

Епідемія ВІЛ-інфекції продовжує завдавати страждань громадам і сім'ям, разом з тим залишається одним з пріоритетних напрямків регіональної політики у сфері охорони здоров'я, прав людини і соціального розвитку. З моменту початку епідемії в області було зареєстровано 5323 випадків ВІЛ-інфекції, від СНІДу померло 865 осіб, практично щодня одна людина в області інфікується ВІЛ.

Протягом останніх трьох років показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ та за даними РЕН демонструє тенденцію до зростання і, фактично, відповідає показнику 2009 р. У віковій структурі ВІЛ-інфікованих осіб протягом останніх восьми років переважає вікова група 30-39 років. Спостерігається стала тенденція до зменшення кількості ВІЛ-інфікованих у віковій категорії 18-24 роки, але також щороку збільшується і частка сільського населення серед вперше виявлених випадків.

Показник смертності від ВІЛ/СНІДу має стійку тенденцію до збільшення, починаючи з 2012 р він зріс майже на 30%. Показник смертності серед ЛЖВ у віці 15+ має тенденцію до зниження, що може бути пов'язаним з активним запровадженням АРТ в області. Аналізуючи дані за 2016 р. стосовно періоду, який пройшов від моменту взяття під МН до смерті, встановлено, що найвища смертність серед виявлених ЛЖВ властива періоду життя від одного року до трьох років, що становить близько 50% загалом. В статевовіковій структурі померлих близько 60% складають чоловіки, а 80% від усіх випадків смерті припадає на вікову групу 25-49 років.

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в області залишається ТБ. Фактично, щороку 50% нових випадків діагностованого СНІДу включають ко-інфекції ВІЛ/ТБ, серед них і реєструється найвища частка смертей. Показник охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ко-інфекцією перевищує цільове значення і становить 87,9%.

Рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних в області, за результатами первинного тестування (код 109.1), за останні 2 роки несуттєво зріс. Рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних у віці 15-24 роки склав 0,34% (середній показник по Україні у 2015 р. – 0,27%). Показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини за останні роки, навпаки, зменшився майже вдвічі і є меншим від аналогічного по Україні.

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 та своєчасному взяттю під МН виявлених осіб. Послуги ПТВ переважно надаються на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги. НУО надають послуги з ПТВ переважно на території міст обласного підпорядкування. 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.

Починаючи з 2005 р., в області впроваджується АРТ. Незважаючи на виконання цільового показника з охоплення та утримання на АРТ, проблемними питаннями залишається доступність та децентралізація АРТ, адже поза межами Обласного центру СНІДу в області працюють лише 4 сайти АРТ. Високим залишається обласний показник охоплення АРТ серед ВІЛ-інфікованих дітей. Разом з тим, за цільовим значенням цей показник менший і становить 98,2% (на 01.01.2017 на АРТ перебувало 56 дітей з 57). Певною мірою утриманню на АРТ сприяє зростання показника надання послуг догляду та підтримки на базі НУО (у 2016 р. – 69,4%), але він все одно є недостатнім.

З кожним роком в області зростає кількість ЛЖВ, які залучаються до АРТ, але рівень охоплення залишається низьким, як від оціночної кількості ЛЖВ, так і від кількості ЛЖВ, які перебувають під МН. Спостерігається погіршення показників, що характеризують смертність серед ЛЖВ, в тому числі і серед тих, які отримували АРТ.

Діти та підлітки, вагітні, які перебувають під МН, охоплені АРТ повністю. Збільшується кількість пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, які отримують АРТ, щороку зростає частка активних ЛВІН, які отримують АРТ. Проте зростає також і частка осіб, які потребують, але не отримують АРТ. Показник утримання на терапії в області залишається високим. Обсяги надання послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ в області є недостатніми та не відповідають реальним потребам.

Щороку в області знижується частка ін'єкційного шляху в структурі шляхів передачі ВІЛ, проте рівень інфікованості серед ЛВІН залишається високим. Охоплення даної цільової групи профілактичними послугами на досить високому рівні фіксується лише в п'яти містах області. Показники рівня знань стосовно ВІЛ/СНІДу та безпечної поведінки ЛВІН щодо ризиків інфікування зростають, але залишаються недостатніми. Досягнуто прогресу у здійсненні програм зменшення ризику та шкоди для здоров'я від вживання наркотиків, а також масштабів АРТ та ЗПТ для ЛВІН, проте половина ВІЛ-інфікованих ЛВІН, які отримують препарати ЗПТ, не приймають ліки від ВІЛ-інфекції.

Система переадресації ЛВІН до ЗОЗ працює, проте існують проблеми із залученням активних ЛВІН, що перебувають на ЗПТ, до АРТ. Відсутні сайти інтегрованих послуг для ЛВІН, обмежений доступ осіб з числа сільського населення до програм профілактики ВІЛ/СНІД, залишається високою стигматизація ЛВІН з боку медичних працівників.

Завдяки вчасно впровадженню профілактичних програм серед ОСБ вдалося запобігти поширенню ВІЛ та утримувати захворюваність у даній групі на рівні поодиноких випадків. Незважаючи на зростання охоплення ОСБ профілактичними програмами, підходи до їх впровадження потребують корекції, оскільки погіршуються показники знань та поведінки ОСБ щодо ризиків інфікування ВІЛ, зменшуються обсяги видачі засобів індивідуального захисту.

Група ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних груп, уразливих щодо інфікування ВІЛ. Обсяг профілактичних послуг для ЧСЧ в області залишається на недостатньому рівні, що не дозволяє досягти програмних цілей щодо контролю над епідемією у зазначеній ключовій групі. Доступ ЧСЧ до профілактичних послуг, послуг з КіТ та АРТ розширюється, проте їхній обсяг незначний та нездатний здійснити суттєвий вплив на епідситуацію з ВІЛ/СНІД.

Представники ЛЖВ та КГН не можуть на рівних засадах користуватися всіма правами і брати участь у громадському, політичному, соціальному, економічному та культурному житті, оскільки постійно зіштовхуються із упередженням ставленням, стигматизацією або дискримінацією, що, в свою чергу, знижує ефективність заходів щодо боротьби зі СНІДом.

Досить високим є показник 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 (88%). Разом з тим, цей показник нижчий за цільове значення у 90% і не завжди відповідає об'єктивній ситуації з підготовкою учнів, тому потребує уточнення щодо інструменту збору даних.

За результатами дослідження фінансових витрат слід відмітити, що обсяги фінансування протидії епідемії в області, починаючи з 2013 р., зросли майже вдвічі і у 2015 р. становили 13337592,19 грн. Обласна програма протидії ВІЛ/СНІДу на 2009-2013 рр. не передбачала окремої відмітки про фінансування. Фактичне фінансування РП розпочалося з 2015 р., включаючи і обсяги фінансових витрат, що протягом 2016 р. склали 90,2% від запланованих. Обсяги фінансових ресурсів, які спрямовані на протидію ВІЛ-інфекції в області в 2016 р., складали 90,2% від запланованих, але наданих коштів все ще недостатньо, аби забезпечити ефективне впровадження заходів для реалізації стратегії Fast-Track. Наявна суттєва фінансова залежність регіону від зовнішнього фінансування профілактичних програм серед КГН, яке в будь-який момент може припинитися.

7. РЕКОМЕНДАЦІЇ.

На- пря- мок	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, виявлен за результатами Оцінки	Рекомендації для національного рівня	Рекомендації для регіонального рівня
АРТ	Низьке охоплення ЛЖВ послугами АРТ.	Переглянути регіональні квоти щодо залучення до АРТ нових пацієнтів, враховуючи, відповідність потреби в охопленні послугою 90% ЛЖВ.	Забезпечити відкриття сайтів АРТ відповідно до пацієнт-орієнтовного підходу.
	Нерегулярність централізованих поставок АРВП.	Забезпечити стаке державне фінансування поставок АРВП. Покращити існуючі практики закупівлі препаратів для лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Законодавчо врегулювати питання передачі частини схем АРТ в аптечну мережу для розширення доступу пацієнтів до більш високовартісних схем.	Здійснювати систематичний моніторинг та планування АРВП.
	Послуги щодо супроводу АРТ пацієнтів всієї диспансерної групи не децентралізовані.		Забезпечити децентралізацію АРТ шляхом відкриття нових сайтів. Організувати МН ЛЖВ, які отримують АРТ, максимально наближено до місця їхнього проживання (на найближчих сайтах).
	Стигматизація ЛЖВ з боку медичних працівників	Вивчити рівень задоволеності отриманими медичними послугами та перешкод щодо їхнього отримання у пацієнтів з ВІЛ/СНІДом шляхом проведення окремого дослідження. Вивчити перешкоди, які обмежують звернення ЛВІН за АРТ.	Провести заняття для медичних фахівців з висвітленням правових аспектів організації медичної допомоги населенню, в тому числі ЛЖВ. Відкрити сайт інтегрованих послуг з АРТ та ЗПТ для ЛВІН м.Житомира.
	Відсутність даних щодо доступності АРТ для КГН (ОСБ та ЧСЧ) у пенітенціарних закладах	Передбачити у статистичних формах пенітенціарної служби окремі показники щодо охоплення профілактичними заходами та послугами догляду та підтримки мешканців пенітенціарних закладів з числа ЧСЧ, ПКС, ЛВІН.	Прописати механізм звітності та верифікації даних

	Низьке охоплення послугами догляду та підтримки для ЛЖВ на базі НУО.	Передбачити обов'язкове введення ставок соціальних працівників/психологів на сайтах АРТ з метою реалізації заходів догляду та підтримки.	Передбачити окреме бюджетне фінансування зазначеного переліку послуг у новій РП. Розвивати потенціал ЦСССДМ, як додаткового кадрового ресурсу щодо охоплення КГН профілактичними послугами та послугами догляду та підтримки у віддалених районах та селах. Поширювати практику застосування мультидисциплінарного підходу у наданні допомоги КГН в ЗОЗ із включенням до складу МДК соціальних працівників від НУО.
	Ведення переважної кількості звітності у ручному режимі.		Запровадити електронний реєстри пацієнтів (MIC) на всіх сайтах АРТ.
	Повна залежність доступу пацієнтів до обстеження на ВН від зовнішнього фінансування.	Забезпечити стаке державне фінансування закупівлі реагентів для проведення лабораторних досліджень.	Передбачити бюджетне фінансування обстеження пацієнтів диспансерної групи на ВН.
КІТ	Низький показник охоплення ЛЖВ МН.	Спростити процедуру постановки на ДО для КГН на базі ЗОЗ з максимальним залученням ШТ, забору крові одразу на всі необхідні маркери, запровадження повідомлення підтверджуючого результату на ВІЛ до сайтів АРТ через інтернет, впровадження практики постановки на ДО під час перебування у стаціонарі. Визнати процедуру обстеження двома ШТ різних виробників на базі НУО (у разі постановки тесту медичним працівником) етапом первинного скринінгу на ВІЛ.	Передбачати закупівлю ШТ на ВІЛ різних виробників у річних кошторисах ЗОЗ (наркологічної, фтизіатричної, шкірвенерологічної служби) області. Провести дослідження серед ВІЛ-позитивних пацієнтів щодо задоволеності отриманими послугами з КіТ на ВІЛ на базі ЗОЗ.
	Низька поінформованість населення про послуги КіТ.		Провести інформаційну кампанію щодо інформування населення про доступності послуг з КіТ на ВІЛ у регіоні. Запровадити активне тестування за ініціативи медичних працівників, зокрема – сімейних лікарів.
	Низька активність представників КГН у зверненнях за послугами з КіТ на ВІЛ до ЗОЗ області.	Врегулювати процедуру самотестування населення, надавши можливість бажаним самостійно купувати ШТ на ВІЛ через аптечну мережу.	Провести інформаційно-навчальні заходи на тему ВІЛ/СНІДу серед медичних працівників з метою формування у них толерантного ставлення до ЛВІН, ОСБ та ЧСЧ. Представникам НУО, які надають послуги з КіТ на ВІЛ для КГН, максимально залучати до обстеження нових клієнтів, а також планувати свою профілактичну роботу, виходячи з оціночної кількості КГН. Відпрацювати якісну систему переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів до ЗОЗ. Розглянути можливість повернення практики залучення до КіТ на ВІЛ «дружніх медиків» від профільних ЗОЗ (зокрема, у роботі з ЧСЧ).

Низька активність сексуальних партнерів ЛВІН, ПКС, ЧСЧ щодо залучення до тестування на ВІЛ	Включити сексуальних партнерів ЛВІН, ПКС, ЧСЧ в офіційний перелік КГН	Активізувати роботу по залученню сексуальних партнерів КГН до КІТ на ВІЛ. Передбачити кошти на здійснення таких обстежень у РП.
Обмежена доступність та низька якість послуг з КІТ з використанням ШТ на первинній ланці надання медичної допомоги	Інституалізувати послуги з КІТ на ВІЛ на первинній ланці надання медичної допомоги. Функціонально закріпити за сімейним лікарем проведення консультування та тестування на ВІЛ.	Впровадити децентралізацію послуг з КІТ на ВІЛ на первинну ланку, передбачити в РП кошти на придбання ШТ та ресурсне забезпечення тестування у ЦПМСД.
Низька якість проведення заходів первинної профілактики ВІЛ/СНІДу у навчально-виховних закладах області.	Створити сучасний уніфікований дослідницький інструментарій, який дозволить би оцінювати рівень знань, поведінкових навичок та ставлень молоді до небезпеки ураження ВІЛ з можливістю порівнювати результати різних вікових та соціальних груп, за географічним принципом. Державним інституціям, які працюють з молоддю та підлітками, розробляти профілактичні заходи із залученням соціальних мереж, популярних серед молоді.	Ініціювати перед управлінням освіти, інститутом післядипломної освіти педагогів проведення занять для вчителів щодо особливостей сучасного висвітлення питань первинної профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді та підлітків.
Низьке охоплення тестуванням на ВІЛ осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі.	Вивчити якість послуг з КІТ на ВІЛ для засуджених.	Вивчити потребу (кадрову, ШТ, витратні матеріали) пенітенціарних закладів щодо забезпечення послуг з КІТ. Передбачити відповідне фінансування у РП. Провести заняття стосовно основних принципів КІТ для працівників, залучених до тестування.
Порушення ключових комунікацій щодо звітності з ВІЛ/СНІДу, низька мотивація персоналу пенітенціарної служби.	Забезпечити належне фінансове та кадрове забезпечення медичних працівників у пенітенціарній службі.	Налагодити подачу статистичної звітності та її верифікацію між пенітенціарною службою та ЖОЦПБ із СНІДом згідно вимог чинного законодавства, включаючи звітність по ШТ. Інституалізувати подачу звітності між ЗОЗ та ДКВС.
Недосконалість нормативно-правової бази з КІТ щодо охоплення КГН.	Оновити нормативну базу послуг КІТ на ВІЛ щодо процедури самотестування на ВІЛ, спростити процедуру взяття на облік після позитивного ШТ.	
Низька доступність сексуальних партнерів КГН та самих КГН до засобів статевого захисту, контрацепції.	Переглянути критерії визначення груп ризику та законодавчо закріпити новий перелік КГН з урахуванням поточного стану епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Провести дослідження серед ЛВІН, ОСБ та ЧСЧ щодо рівня сексуальної культури для визначення соціально-психологічних бар'єрів у профілактичних втручаннях. Під час централізованих закупок матеріалів для профілактичних проєктів серед ЛВІН, ОСБ та ЧСЧ, моніторити якість наданої продукції через зворотній зв'язок з клієнтами; передбачати різноманітні запити клієнтів щодо засобів профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом.	Передбачити в РП кошти на закупівлю засобів профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом для КГН.

ЛВІН	Обмежений доступ до профілактичних послуг у ЛВІН поза межами обласного центру.		Впроваджувати децентралізацію профілактичних послуг для ЛВІН. Вивчати потреби ЛВІН у віддалених містах та селах. Ініціювати відкриття ПОШ на базі ЦСССДМ. Підвищити активність у залученні мобільної амбулаторії для охоплення профілактичними заходами КГН.
	ЛВІН продовжують практикувати небезпечну статеву поведінку.	Провести дослідження психологічного портрету статевого партнера/партнерки ЛВІН щодо потенційної небезпеки передачі ВІЛ статевим шляхом.	Забезпечити безкоштовний доступ ЛВІН до засобів профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом та регулярного консультування щодо статевих ризиків інфікування.
	Відсутні стандарти якості профілактичних послуг серед ЛВІН.	Розробити стандартні показники ефективності, оцінки якості профілактичної роботи, враховувати досягнення зазначених показників під час конкурсу проектних пропозицій.	
	Недостатнє фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед ЛВІН.		Забезпечити передбачуване фінансове планування в РП профілактичних послуг для ЛВІН, включаючи КІТ.
	Проблеми із якісною переадресацією ВІЛ-інфікованих ЛВІН між ЗОЗ та НУО.	Створити ефективну систему перенаправлення та оптимізації руху ВІЛ- позитивних осіб між різними організаціями державного і неурядового сектору, що сприятиме скороченню тривалості процедури залучення осіб з ВІЛ-позитивним статусом, ризикованою поведінкою до медичних та немедичних послуг.	Розробити систему якісного моніторингу на рівні ЗОЗ клієнтів, перенаправлених від НУО.
ОСБ	Низька активність щодо профілактичних послуг з боку ОСБ старших 25 років.	Вивчити на регіональному рівні потреби ОСБ старших 25 років.	Планувати заходи первинної та вторинної профілактики для ОСБ різного віку.
	Представники групи ОСБ зіштовхуються з упередженим ставленням, стигматизацією та дискримінацією.	Впровадити програми правової освіти для співробітників правоохоронних органів, законодавчих структур і судової системи, медичних працівників, під час яких приділяти особливу увагу питанням толерантності, подолання дискримінації та стигматизації КГН.	Провести цикл занять для медичних працівників щодо роботи з ОСБ.
	У РП не передбачені заходи профілактики ВІЛ серед ОСБ.		Забезпечити передбачуване фінансове планування в РП профілактичних послуг для ОСБ.
	Низьке виявлення ВІЛ-позитивних ОСБ під час тестування на базі НУО.		Покращити систему переадресації ОСБ від інших служб та ЗОЗ до НУО для проходження ШТ та отримання профілактичних послуг.
	Послуги з профілактики ВІЛ для ОСБ слабо інтегровані в систему ЗОЗ, не децентралізовані і доступні тільки в обласному центрі.		Продовжити децентралізацію профілактичних послуг для ОСБ. Визначити перелік ЗОЗ, які можуть бути залучені до надання медичної допомоги ОСБ. Встановити потреби ЗОЗ щодо супроводу ОСБ та передбачити їх перспективне забезпечення у РП.

	Обмежена кількість організацій громадянського суспільства, що надають послуги КГН, і, зокрема ОСБ.		Залучати студентів соціально-психологічного факультету ЖДУ ім. Івана Франка до волонтерської роботи з КГН та, зокрема, ОСБ.
	Не проводиться системна профілактична робота зі статевими партнерами ОСБ.		Включати роботу зі статевими партнерами ОСБ у загальний перелік профілактичних послуг. Передбачити у РП окреме фінансування зазначеного напрямку.
ЧСЧ	Відсутність інформації про доступність групи «засуджені ЧСЧ» до профілактичних послуг	Провести дослідження серед осіб, які знаходяться у закладах пенітенціарної системи області щодо ключових потреб групи ЧСЧ.	
	Представники ЧСЧ зіштовхуються з упередженим ставленням, стигматизацією та дискримінацією.	Впровадити програми правової освіти для співробітників правоохоронних органів, законодавчих структур і судової системи, медичних працівників, під час яких приділяти особливу увагу питанням толерантності, подолання дискримінації ЧСЧ.	
	Послуги з профілактики ВІЛ для ЧСЧ не децентралізовані і доступні тільки в обласному центрі.		Продовжити децентралізацію профілактичних послуг для ЧСЧ.
	Не відпрацьована система переадресації ЧСЧ на рівні ЗОЗ.		Залучати НУО, які працюють з ЧСЧ, до розробки РП. Впровадити алгоритм переадресації ЧСЧ до ЗОЗ. Продовжити практику застосування «дружнього лікаря» щодо звернення ЧСЧ.
	Низька частка використання презервативів серед ЧСЧ	Розробити нові профілактичні підходи щодо формування у ЧСЧ безпечної сексуальної поведінки.	
	Недостатній потенціал фахівців з психології, соціальної роботи, правового захисту для надання ВІЛ-сервісних послуг ЧСЧ.		Вивчити потребу у фахівцях за запитом ЧСЧ. Розробити систему навчання фахівців профільних служб щодо роботи з ЧСЧ.

8. ПЛАН ЗАХОДІВ

з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
у Житомирській області за результатами
проведеної Оцінки Програми.

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Забезпечити відкриття сайтів АРТ відповідно до пацієнт-орієнтовного підходу. Відкрити сайт інтегрованих послуг з АРТ та ЗПТ для ЛВІН м. Житомира.	2019 – 2023 рр.	УОЗ ОДА ЖОЦПБ із СНІДом	Забезпечити функціонування сайтів АРТ у 23 районах області. Досягнення цільового показника 90 % охоплення АРТ. Утримання на АРВ терапії до 90 % пацієнтів.
2.	Здійснювати систематичний моніторинг та планування закупівель АРВП.	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом	Призначення відповідальних осіб. Здійснення щомісячного моніторингу надання АРТ. Забезпечення безперервного доступу до АРТ 85 % пацієнтів.
3.	Організувати МН ЛЖВ, які отримують АРТ, максимально наближено до місця їх проживання (на найближчих сайтах).	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом Сайти АРТ Кабінети «Довіра»	Функціонування сайтів АРТ у 23 районах області. Охоплення МН 90 % від усіх виявлених осіб з позитивним результатом.
4.	Провести заняття для медичних та немедичних фахівців з висвітленням правових аспектів організації медичної допомоги населенню, в тому числі ЛЖВ та КГН.	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом	Включити до плану роботи проведення занять з медичними та немедичними фахівцями. Охоплення лікарів первинної ланки та вузьких спеціалістів заняттями з правових аспектів роботи з КГН. Зниження стигми і дискримінації стосовно ЛЖВ та КГН.
5.	Прописати механізм звітності та верифікації даних між пенітенціарною службою та службою СНІДу.	2019 р.	ЖОЦПБ із СНІДом ДКВС	Розробити та затвердити спільний наказ щодо звітності та верифікації даних між пенітенціарною службою та службою СНІДу. Забезпечити проведення щоквартальної верифікації якості даних між службами моніторингу послуг з ВІЛ/СНІДу.
6.	Передбачити у новій РП окреме бюджетне фінансування послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ.	2019 – 2023 рр.	УОЗ ОДА ЖОЦПБ із СНІДом	Включення до складу робочої групи з обговорення бюджетного фінансування представників Центру СНІДу, уразливих спільнот в т.ч. представників від групи ЧСЧ. Забезпечення фінансування за кошти обласного бюджету послуг з догляду та підтримки. Для 100 % покриття послугами з догляду та підтримки забезпечити реалізацію механізму соціального замовлення.

7.	Розвивати потенціал ЦСССДМ як додаткового кадрового ресурсу щодо охоплення КГН послугами з профілактики, догляду та підтримки у віддалених районах та селах. Поширювати практику застосування мультидисциплінарного підходу у наданні допомоги КГН в ЗОЗ із включенням до складу МДК соціальних працівників від НУО.	2019 – 2023 рр.	Сайти АРТ Кабінети «Довіра» ЖОЦСССДМ ВІЛ-сервісні НУО	Затвердження складу мультидисциплінарної команди. Затвердження положення та функціоналу команди. Забезпечення 90% охоплення ключових груп населення допомогою мультидисциплінарного підходу.
8.	Запровадити на всіх сайтах АРТ електронні реєстри пацієнтів.	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ з СНІДом Сайти АРТ Кабінети «Довіра»	Призначення відповідальних за ведення електронного реєстру. Проведення навчання для відповідальних за ведення електронного реєстру. 100 % введення до електронного реєстру інформації щодо пацієнтів з ВІЛ/СНІДом. Забезпечення щоквартального якісного моніторингу послуг з ВІЛ/СНІДу.
9.	Передбачити бюджетне фінансування обстеження пацієнтів диспансерної групи на ВН.	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом	Виділення коштів з обласного бюджету на закупівлю реагентів для обстеження диспансерної групи на ВН. Досягнення цільового показника 90 % невизначуваного рівня ВН.
10.	Передбачати у річних кошторисах ЗОЗ (наркологічної, фтизіатричної, шкірвенерологічної служби) області кошти на закупівлю ШТ на ВІЛ різних виробників.	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом ЖОНД ЖОШВД ЖОПТБД	Виділення коштів з обласного бюджету на закупівлю швидких тестів 100 % охоплення потреби ЗОЗ області в швидких тестах. Залучення до КіТ на ВІЛ «дружніх медиків» від профільних ЛПЗ (зокрема, у роботі з ЧСЧ).
11.	Провести дослідження серед ВІЛ-позитивних пацієнтів щодо задоволення отриманими послугами з КіТ на ВІЛ на базі ЗОЗ.	2019 – 2020 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом ВІЛ-сервісні НУО	Ініціювати перед НУО проведення дослідження щодо задоволення отриманими послугами з КіТ на базі ЗОЗ. Долучитися до підготовки та проведення дослідження. Визначення реального рівня задоволення отриманими послугами на базі ЗОЗ. Розробка заходів щодо покращення надання послуг з КіТ за результатами проведеного дослідження.
12.	Провести інформаційну кампанію щодо інформування населення про доступність послуг з КіТ на ВІЛ у регіоні.	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом ВІЛ-сервісні НУО	Забезпечити роботу веб-сайту ЖОЦПБ із СНІДом з розміщенням інформації про доступні послуги. Аналізувати показники охоплення КіТ КГН на базі ЗОЗ з представленням результатів на колегіях УОЗ, засіданнях обласної координаційної ради. Доступ до інформації щодо послуг з КіТ загального населення Охоплення послугами КіТ не менше 5 % загального населення.

13.	Забезпечити охоплення КГН профілактичними послугами на базі НУО, виходячи з оціночної кількості КГН.	2019 – 2023 рр.	ВІЛ-сервісні НУО	Включення до складу робочої групи щодо обговорення бюджетного фінансування представників Центру СНІДу, уразливих спільнот в т.ч. представників ЧСЧ. Забезпечення виділення коштів з обласного бюджету на профілактичні програми. Для досягнення 100 % покриття КГН програмами профілактики забезпечити реалізацію механізму соціального замовлення. Залучення мобільної амбулаторії для охоплення КГН профілактичними заходами. Якісна переадресація ВІЛ-позитивних клієнтів до ЗОЗ. 90 % охоплення КГН профілактичними програмами.
14.	Залучити сексуальних партнерів КГН до КіТ на ВІЛ. Передбачити кошти на здійснення таких обстежень у РП.	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом ВІЛ-сервісні НУО	Включення до складу робочої групи щодо обговорення бюджетного фінансування представників Центру СНІДу, уразливих спільнот в т.ч. представників ЧСЧ. Забезпечення фінансування з обласного бюджету послуг з КіТ для сексуальних партнерів КГН. Для 100 % покриття послуг з КіТ для сексуальних партнерів КГН забезпечити реалізацію механізму соціального замовлення. 5 % сексуальних партнерів КГН охоплено послугами КіТ.
15.	Впровадити децентралізацію послуг з КіТ на ВІЛ на первинній ланці.	2019 – 2023 рр.	УОЗ ОДА ЖОЦПБ із СНІДом ЦПМСД	Законодавчо затвердити проведення КіТ на ВІЛ на первинній ланці. Провести навчання з КіТ для медичних працівників первинної ланки. Передбачити в РП кошти на придбання ШТ та ресурсне забезпечення тестування у ЦПМСД. Відкриття ПОШ на базі ЦПМСД. 5 % загального населення охоплено послугами КіТ.
16.	Проведення занять для вчителів щодо особливостей сучасного висвітлення питань первинної профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді та підлітків.	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом Міське управління освіти Інститут післядипломної освіти вчителів	Включення до планів роботи занять з вчителями щодо висвітлення питань первинної профілактики ВІЛ/СНІДу серед молоді та підлітків управлінням освіти, інститутом післядипломної освіти. Залучення міжнародних партнерів до технічної підтримки проведення занять. Залучення 100 % учнівської та студентської молоді до питань первинної профілактики ВІЛ.
17.	Забезпечення послуг КіТ в пенітенціарних закладах	2019 – 2023 рр.	ЖОЦПБ із СНІДом ДКВС ВІЛ-сервісні НУО	Вивчити потребу (кадрову, ШТ, витратні матеріали) пенітенціарних закладів щодо забезпечення послуг з КіТ. Передбачити відповідне фінансування у РП. Провести заняття щодо основних питань КіТ для працівників, залучених до тестування. 100 % охоплення послугами КіТ в пенітенціарних закладах.
18.	Охоплення КГН медичними та соціально психологічними послугами.	2019 – 2023 рр.	УОЗ ОДА ЖОЦПБ із СНІДом БФ НТСБ ГО «Перспектива»	Визначити перелік ЗОЗ та установ, які можуть бути залучені до надання медичних та соціально психологічних послуг КГН. Встановити потреби ЗОЗ щодо супроводу КГН та передбачити їхнє перспективне забезпечення у РП. Проведення навчання щодо надання послуг. 100 % охоплення КГН медичними та соціально-психологічними послугами.

ДОДАТК 1.

Таблиця вводу значень індикаторів впливу

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.	Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (показник № 9 плану МіО)	0,0	6,93	1,89	2,83	0,0	1,06		
	чисельник	0	7	2	3	0	1		
	знаменник	58	101	106	106	87	93		
	цільове значення					2%			2,5%
2.	Смертність населення від захворювань, зумовлених ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 4 плану МіО)	6,6	6,7	6,3	8,8	7,2	7,4	9,0	
	чисельник	86	86	81	112	92	94	113	
	знаменник	1290806	1283197	1276872	1271820	1266476	1260008	1252526	
	цільове значення		13,6 на 100 тис. населення			11,5 на 100 тис. населення			
3.	Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 26 плану МіО)	1,9	2,8	2,1	3,3	3,3	3,0	3,0	
	чисельник	25	37	27	43	42	38	38	39
	знаменник	1290806	1283197	1276872	1271820	1266476	1260008	1252526	
	цільове значення								4,5 на 100 тис. населення

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей у віці 15–24 років, % (показник № 3 плану МіО)	X	X	X	X	0,31	0,36	0,22	0,34
	чисельник	X	X	X	X	11	20	11	14
	знаменник	X	X	X	X	3542	5518	4822	4105
	цільове значення								0,30%
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (показник № 5 плану МіО)	0,35	0,64	0,52	0,70	0,57	0,55	0,61	0,65
	чисельник	55	98	84	112	91	86	86	87
	знаменник	15700	15135	16090	15952	15891	15423	14018	13381
	цільове значення								0,62%
6.	Відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24, 2009-2016 рр. (показник № 6 плану МіО)	X							
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення								5,3%
7.	Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (показник № 7 плану МіО)	X							
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення					5,0%			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
8.	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (показник № 8 плану МіО)	х							
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення					7,5%			3,2%
	Впливу, додаткові, Оцінка								
9.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	44,3	38,3	37,2	35,6	40,3	43,4	44,3	
	чисельник	572	492	476	453	511	547	555	534
	знаменник	1290806	1283197	1276872	1271820	1266476	1260008	1252526	
10.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	26,6	35,9	35,8	31,5	33,5	32,0	36,9	
	чисельник	344	463	458	400	423	403	462	455
	знаменник	1290806	1283197	1276872	1271820	1266476	1260008	1252526	
11.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними серед осіб у віці 15+, на 100 тис., 2009-2016 рр.								
	чисельник								
	знаменник								
12.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис., 2009-2016 рр.	7,5	8,1	7,2	9,9	10,7	9,8	9,9	
	чисельник	97	105	93	126	136	124	123	129
	знаменник	1290806	1283197	1276872	1271820	1266476	1260008	1252526	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
13.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. 2009-2016 рр.	5,1	5,5	4,9	7,4	6,5	6,6	6,9	
	чисельник	66	70	62	94	82	83	87	89
	знаменник	1290806	1283197	1276872	1271820	1266476	1260008	1252526	
14.	Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними SPECTRUM серед осіб у віці 15+, на 100 тис., 2009-2016 рр.								
	чисельник								
	знаменник								
15.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	114,2	136,9	161,9	175,9	191,4	205,8	227,1	243,8
	чисельник	1480	1762	2072	2242	2431	2601	2854	3044
	знаменник	1295,0	1286,6	1279,8	1274,0	1269,7	1263,3	1256,7	1248,3
16.	Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними SPECTRUM серед осіб у віці 15+, на 100 тис, 2009-2016 рр.								
	чисельник								
	знаменник								
17.	Відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, у віці 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	30,1		22,3		18,9		15,9	
	чисельник								
	знаменник	250		350		350		350	
	цільове значення					18,2%			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
18.	Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, які живуть з ВІЛ, у віці 15+, 2009-2016 рр.	10		5,3		3,1		0,7	
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення					6,6%			
19.	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що живуть з ВІЛ, у віці 15+, 2009-2016 рр.	X		11		5		5	
	чисельник								
	знаменник			150		200		150	
	цільове значення					7,9%			
20.	Відсоток молодих людей у віці 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).	X	X	X	X	X	X	X	X
	чисельник	X	X	X	X	X	X	X	X
	знаменник	X	X	X	X	X	X	X	X
	цільове значення								
21.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (показник № 19 плану МіО).	X	X	X	X	40,6	38,9	40,0	36,3
	чисельник	X	X	X	X	172	157	185	165
	знаменник	X	X	X	X	423	403	462	455
	цільове значення								40,0%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
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)	X	X	X	X	79,3	81,9	85,1	89,1
	чисельник	X	X	X	X	1928	2132	2430	2715
	знаменник	X	X	X	X	2431	2601	2854	3044
	цільове значення								80,0%
23.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку, 2013-2015 рр. (показник № 24 плану МіО)	X	X	X	X	86,2	80,20	86,9	85,26
	чисельник	X	X	X	X	491	239	797	266
	знаменник	X	X	X	X	569	298	918	312
	цільове значення								85,0%
24.	Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник № 28 плану МіО).	X	X	X	X	X	X	X	X
	чисельник	X	X	X	X	X	X	X	X
	знаменник	X	X	X	X	X	X	X	X
	цільове значення								зниження на 20% від базового значення
25.	Кількість людей, що вживають ін'єкційні наркотики, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №14 плану МіО).	X	X	X	X	2326	2176	3273	4460
26.	Кількість осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №15 плану МіО).	X	X	X	X	812	900	705	748

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
27.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №16 плану МіО).	X	X	X	X	36	895	200	227
28.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (показник №21 плану МіО)	X	X	X	X	53,7	64,9	44,8	69,4
	чисельник	X	X	X	X	1307	1689	1280	1958
	знаменник	X	X	X	X	2431	2601	2854	2821
	цільове значення								Дорослі – 80% Діти – 90%
29.	Відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №10 плану МіО)	X	X	X	X	45,4		77,2	
	чисельник	X	X	X	X				
	знаменник	X	X	X	X	350		350	
	цільове значення								45,0%
30.	Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №11 плану МіО)	X	X	X	X	18,3		12,0	
	чисельник	X	X	X	X				
	знаменник	X	X	X	X	150		150	
	цільове значення								65,0%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
31.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №12 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	32,5		41,0	
	чисельник	Х	Х	Х	Х				
	знаменник	Х	Х	Х	Х	200		150	
	цільове значення								45,0%
32.	Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №13 плану МіО)	8,2	8,6	8,6	7,8	9,3	8,2	3,1	6,0
	чисельник	55	53	51	45	57	54	21	39
	знаменник	365	380	362	447	273	343	776	96
	цільове значення								40,0%
33.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і на теперішній час його отримують, 2013-2016 рр. (показник № 22 плану МіО).	Х	Х	Х	Х	861 797/64	1128 1078/ 50	1290 1225/ 65	1616 1557/ 59
34.	Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (показник № 25 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	86,5	72,9	85,5	87,9
	чисельник	Х	Х	Х	Х	84	144	166	174
	знаменник	Х	Х	Х	Х	97	105	142	153
	цільове значення								55,0%
35.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр., (показник №23 плану МіО).	Х	Х	Х	Х	100	96,1	98,2	98,2
	чисельник	Х	Х	Х	Х	49	50	55	56
	знаменник	Х	Х	Х	Х	49	52	56	57
	цільове значення								99,0%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
36.	Відсоток осіб з опіюдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр., (показник №27 плану МіО).	X	X	X	X	35,0	38,8	43,3	40,0
	чисельник	X	X	X	X	227	278	328	366
	знаменник	X	X	X	X	647	715	757	914
	цільове значення								20,0%
37.	Відсоток осіб з опіюдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, від оціночної чисельності, 2013-2016 рр., (показник №27 плану МіО).					5,6	6,9	8,2	9,1
	чисельник	X	X	X	X	227	278	328	366
	знаменник	X	X	X	X	4000	4000	4000	4000
38.	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр., (показник №1 плану МіО).	X	X	X	X	8249471,25	6703488,45	13337592,19	
39.	Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр., (показник №2 плану МіО).	X	X	X	X	93,3	46,5	63,8	90,2
	чисельник	X	X	X	X	5600,9	2883,2	3876,8	6732,0
	знаменник	X	X	X	X	6004,5	6195,9	6068,5	7462,6
	цільове значення								100,0%
40.	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).	X	X	X	X	74,0	84	87	88
	чисельник	X	X	X	X	598	610	620	628
	знаменник	X	X	X	X	807	726	712	714
	цільове значення								90%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
41.	Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.	X	X	X	X	44,6	52,9	53,0	59,5
	чисельник	X	X	X	X	861	1128	1290	1616
	знаменник	X	X	X	X	1928	2132	2430	2715
42.	Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазідом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.	X	X	X	X	X	X	X	X
	чисельник	X	X	X	X	X	X	X	X
	знаменник	X	X	X	X	X	X	X	X
43.	Кількість ЛЖВ, у віці 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ станом на 01.01.2017 р	X	X	X	X	X	X	X	Всього 1616 у віці 15+ 1560
44.	Кількість ЛЖВ, у віці 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.	X	X	X	X	X	X	X	1386
45.	Кількість ЛЖВ, у віці 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначеного ВН, станом на 01.01.2017 р.	X	X	X	X	X	X	X	1119

ДОДАТОК 2.

Значення індикаторів матриці для аналізу даних

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед ЛХВ, що знаходяться на медичному обліку. Стратифікація: 1) стать; 2) вік 0-14 та 15+; 3) ЛВІН (за даними реєстру, РЕН – парентеральний шлях передачі, оціночні дані SPECTRUM), (ЧСЧ, ОСБ – оціночні дані SPECTRUM, якщо даних немає – в якісний компонент), засуджені, ТБ/ВІЛ; 4) активна диспансерна група, решта на медичному обліку (за даними реєстру, якщо даних немає – в якісний компонент)	значення цільове значення	4,5%	4,0%	3,0%	4,2%	3,4%	3,2%	3,0%	2,9%
	Кількість осіб, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією).	66	70	62	94	82	83	87	89
	Кількість осіб, які знаходилися на медичному обліку у звітному році (за стратифікацією).	1480	1761	2072	2242	2431	2601	2854	3044
знято з обліку	% чоловіки	80,3%	70,0%	71,0%	60,6%	76,0%	63,0%	69,0%	64,0%
	Чоловіки, абс.	53	49	44	57	62	52	60	57
	% жінки	19,7%	30,0%	29,0%	39,4%	24,0%	37,0%	31,0%	36,0%
	Жінки, абс.	13	21	18	37	20	31	27	32

Індикатор	Вимірнювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Вік	% 0-14 років	0%	0%	3%	1,10%	1%	1,2%	0%	0%
	0-14 років, абс.	0	0	2	1	1	1	0	0
	% 15+	100%	100%	97%	99,90%	99%	98,7%	100%	100%
групи населення	15+, абс.	66	70	60	93	81	82	87	89
	% ЛВІН РЕН	28,7%	61,4%	56,4%	62,7%	51,2%	36,1%	47,1%	34,8%
	ЛВІН РЕН	19	43	35	59	42	30	41	31
	ЛВІН SPECTRUM								
	ОСБ SPECTRUM								
	% ЧСЧ РЕН							2	
	ЧСЧ РЕН							2	
	ЧСЧ SPECTRUM								
	20	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%
	Засуджені	0	0	0	0	0	0	1	0
	% ТБ/ВІЛ	48,4%	63,6%	53,2%	38,2%	52,4%	46,9%	36,7%	43,8%
	ТБ/ВІЛ	32	42	33	36	43	39	32	39
	знаходяться на медичному обліку	1480	1761	2072	2242	2431	2601	2854	3044
Стать	% чоловіки	58,0%	55,6%	56,0%	56,1%	55,0%	55,0%	54,6%	54,6%
	Чоловіки, абс.	862	980	1154	1258	1333	1431	1557	1660
	% жінки	42,0%	44,4%	44,0%	43,8%	45,0%	45,0%	45,4%	45,4%
	Жінки, абс.	618	781	918	984	1098	1170	1297	1384
Вік	% 0-14 років	9,9%	9,7%	10,6%	9,9%	8,3%	7,7%	7,8%	7,2%
	0-14 років, абс.	147	171	219	222	202	199	223	220
	% 15+	90,1%	90,3%	89,4%	90,1%	91,7%	92,3%	92,2%	92,3%
	15+, абс.	1333	1590	1853	2020	2229	2402	2631	2824

Індикатор	Вимірні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
групи населення	% ЛВІН РЕН	52,0%	47,2%	44,6%	42,1%	39,9%	38,4%	35,8%	33,8%
	ЛВІН РЕН	771	832	926	946	970	1000	1022	1031
	ОСБ								
	% ЧСЧ	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%
	ЧСЧ	3	4	6	5	15	19	24	25
	%, засуджені	9,1%	11,7%	8,6%	8,1%	8,4%	7,5%	5,8%	4,2%
	Засуджені	135	150	179	183	206	196	167	130
	% ТБ/ВІЛ	10,4%	11,7%	13,5%	14,4%	15,4%	15,8%	16,7%	17,8%
	ТБ/ВІЛ	155	207	280	324	376	412	479	543
активна диспансерна група		x	x	x	x	1928	2132	2430	2715
	% чоловіки	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!	44,0%	54,5%	53,3%	56,7%
	чоловіки, абс.	x	x	x	x	848	1164	1293	1537
	% жінки	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!	#VALUE!	56,0%	45,5%	46,7%	43,3%
	жінки, абс.	x	x	x	x	1080	968	1137	1178
Відсоток випадків смерті серед зареєстрованих ЛЖВ у звітному році. Стратифікація: 1) стать; 2) вік 0-14 та 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ, засуджені, ТБ/ВІЛ; 4) активна диспансерна група, решта на медичному обліку; 5) на АРТ, не отримують АРТ.	значення цільове значення	4,7%	4,3%	5,7%	5,5%	5,2%	3,7%	6,1%	5,1%
	Кількість прийнятих на медичний облік ЛЖВ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією).	16	20	26	22	22	15	28	23
	Кількість нововиявлених та прийнятих на медичний облік ЛЖВ у звітному році.	344	463	458	400	423	403	462	455
	% чоловіки	81,3%	65,0%	73,1%	77,3%	86,4%	80,0%	78,6%	73,9%
	Чоловіки, абс.	13	13	19	17	19	12	22	17
стать	% жінки	18,8%	35,0%	26,9%	22,7%	13,6%	20,0%	21,4%	26,1%
	Жінки, абс.	3	7	7	5	3	3	6	6

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
вік	% 0-14 років	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%	4,5%	6,7%	0,0%	0,0%
	0-14 років, абс.	0	0	0	1	1	1		
	% 15+	100,0%	100,0%	100,0%	95,5%	95,5%	93,3%	100,0%	100,0%
групи населення	15+, абс.	16	20	26	21	21	14	28	23
	% ЛВІН	68,8%	55,0%	50,0%	68,2%	40,9%	26,7%	32,1%	13,0%
	ЛВІН, абс.	11	11	13	15	9	4	9	3
	ОСБ								
	ЧСЧ						1	1	
	Засуджені	0	2	2	1	1	0	0	0
	% ТБ/ВІЛ	56,3%	70,0%	46,2%	31,8%	31,8%	53,3%	25,0%	34,8%
	ТБ/ВІЛ, абс.	9	14	12	7	7	8	7	8
	% На АРТ					27,3%	13,3%	39,3%	17,4%
	На АРТ	x	x	x	x	6	2	11	4
	% які не отримують АРТ					72,7%	86,7%	60,7%	82,6%
	Не отримують АРТ	x	x	x	x	16	13	17	19
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ:	значення цільове значення					4,0%	1,8%	3,2%	3,0%
	Кількість осіб, що отримували АРТ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією).	x	x	x	x	32	19	41	46
	Кількість ЛЖВ, що отримували АРТ	135	231	286	569	797	1078	1290	1557

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році : 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ (дані РЕН, реєстру, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ.	Стратифікація кількості осіб, що отримували АРТ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.	x	x	x	x				
	% чоловіки					59,4%	68,4%	51,2%	60,9%
	Чоловіки, абс.	x	x	x	x	19	13	21	28
	% жінки					40,6%	31,6%	24,4%	39,1%
	Жінки, абс.	x	x	x	x	13	6	10	18
	% 0-14 років					3,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	0-14 років, абс.	x	x	x	x	1	0	0	0
	% 15+					96,9%	100,0%	100,0%	100,0%
	15+, абс.	x	x	x	x	31	19	41	46
	% ЛВІН					40,6%	26,3%	51,2%	45,7%
	ЛВІН, абс.	x	x	x	x	13	5	21	21
	ОСБ								
	ЧСЧ							2	
	Засуджені	x	x	x	x	0	0	0	1
	% ТБ/ВІЛ					40,6%	42,1%	39,0%	56,5%
	ТБ/ВІЛ, абс.	x	x	x	x	13	8	16	26
Кількість ЛЖВ, що отримували АРТ, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією).	значення цільове значення					25,8%	14,0%	30,4%	35,1%
	чисельник	x	x	x	x	32	19	38	46
	знаменник у звітному році.	x	x	x	x	124	136	125	131

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	% чоловіки					59,4%	68,4%	81,6%	60,9%
	Чоловіки, абс.					19	13	31	28
	% жінки					40,6%	31,6%	18,4%	39,1%
	Жінки, абс.					13	6	7	18
	% 0-14 років					3,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	0-14 років, абс.					1	0	0	0
	% 15+					96,9%	100,0%	100,0%	100,0%
	15+, абс.					31	19	38	46
	% ЛВІН					40,6%	26,3%	55,3%	45,7%
	ЛВІН, абс.					13	5	21	21
	ОСБ								
	ЧСЧ					0	0	2	0
	Засуджені					0	0	0	1
	% ТБ/ВІЛ					40,6%	42,1%	42,1%	56,5%
Відсоток ЛЖВ, що отримували АРТ 12 місяців і більше серед померлих ЛЖВ у звітному році ЛЖВ, які отримували АРТ : 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ (дані РЕН, реєстру, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ.	ТБ/ВІЛ, абс.					13	8	16	26
	значення цільове значення					0,0%	32,3%	21,0%	42,9%
	Кількість ЛЖВ, що отримували АРТ 12 і більше місяців, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією).					0	10	13	27
	чисельник								
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, але померли у звітному році					46	31	62	63
	знаменник								
	% чоловіки						0,0%	84,6%	66,7%
	Чоловіки, абс.							11	18

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	% жінки						0,0%	15,4%	33,3%
	Жінки, абс.							2	9
	% 0-14 років						0,0%	0,0%	0,0%
	0-14 років, абс.						0	0	0
	% 15+						0,0%	100,0%	100,0%
	15+, абс.							13	27
	% ЛВІН						0,0%	38,5%	55,6%
	ЛВІН, абс.							5	15
	ОСБ								
	ЧСЧ								
Відсоток ЛЖВ, які померли у звітному році ЛЖВ, серед ЛЖВ, хто отримував АРТ 12 і більше місяців : 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ (дані РЕН, реєстру, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ.	Засуджені						0	0	0
	% ТБ/ВІЛ						0,0%	23,1%	59,3%
	ТБ/ВІЛ, абс.							3	16
	значення цільове значення								
	Кількість ЛЖВ, що отримували АРТ 12 і більше місяців, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією).								
	чисельник								
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 12 і більше місяців у звітному році.								
	знаменник								
	% чоловіки								
	Чоловіки, абс.								
	% жінки								
	Жінки, абс.								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ серед усіх випадків смертей у звітному році: 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ (дані РЕН, реєстру, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ.	% 0-14 років								
	0-14 років, абс.								
	% 15+								
	15+, абс.								
	% ЛВІН								
	ЛВІН, абс.								
	ОСБ								
	ЧСЧ								
	Засуджені								
	% ТБ/ВІЛ								
	ТБ/ВІЛ, абс.								
	значення цільове значення					36,8%	51,6%	36,8%	32,8%
	Кількість осіб, що НЕ отримували АРТ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією).	x	x	x	x	50	64	46	43
	чисельник								
	знаменник	x	x	x	x	136	124	125	131
	% чоловіки								
	Чоловіки, абс.								
	% жінки								
	Жінки, абс.								
	% 0-14 років								
	0-14 років, абс.								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті ЛЖВ серед ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ: 1) стать; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ (дані РЕН, реєстру, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ.	% 15+								
	15+, абс.								
	% ЛВІН								
	ЛВІН, абс.								
	ОСБ								
	ЧСЧ								
	Засуджені								
	% ТБ/ВІЛ								
	ТБ/ВІЛ, абс.								
	значення цільове значення					71,4%	74,4%	75,4%	66,2%
	Кількість осіб, що НЕ отримували АРТ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією).	x	x	x	x	50	64	46	43
	чисельник								
Відсоток випадків смерті ЛЖВ серед ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ: 1) стать; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ (дані РЕН, реєстру, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ.	Кількість ЛЖВ, що НЕ отримували АРТ	x	x	x	x	70	86	61	65
	знаменник								
	% чоловіки					20,00%	61,00%	63,10%	67,40%
	Чоловіки, абс.	x	x	x	x	40	39	29	29
	% жінки					80,00%	39,00%	36,90%	32,60%
	Жінки, абс.	x	x	x	x	10	25	17	14
	% 0-14 років					0	1,60%	0	0
	0-14 років, абс.	x	x	x	x	0	1	0	0
	% 15+					100%	98,40%	100%	100%
	чисельник								

Індикатор	Вимірні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ на кінець звітного року.	ОСБ, абс.								
	% ЧСЧ								
	ЧСЧ, абс.								
	% засуджених	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	0,0%
	Засуджені							65	
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ на кінець звітного року. 1) статі; 2) 0-14 та 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ОСБ, засуджені, ТБ/ВІЛ. (дані РЕН, реєстру, НУО); 4) активна диспансерна група, решта на медичному обліку (дані реєстру).	значення цільове значення	9,1%	13,1%	13,8%	25,4%	32,8%	43,4%	45,2%	53,1%
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ на кінець звітного року (за стратифікацією).	135	231	286	569	797	1128	1290	1616
	Загальна кількість ЛЖВ зареєстрованих на медичному обліку у звітному році (за стратифікацією).	1480	1762	2072	2242	2431	2601	2854	3044
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ на кінець звітного року (за стратифікацією).								
	% жінки	49,6%	51,6%	53,5%	52,1%	50,8%	48,2%	53,2%	48,5%
	Жінки, абс.	67	119	153	297	405	543	685	785
	% чоловіки	50,4%	48,4%	46,5%	47,9%	49,2%	51,8%	46,8%	51,5%
	Чоловіки абс.	68	112	133	272	392	585	605	831
	% 0-14 років	8,1%	5,6%	6,6%	7,4%	6,0%	4,2%	4,1%	3,3%
	0-14 років, абс.	11	13	19	42	45	47	54	54
	% 15+	91,9%	94,4%	93,4%	92,6%	94,0%	95,8%	95,8%	96,7%
	15+, абс.	124	218	267	527	749	1081	1236	1562

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	% ЛВІН								
	ЛВІН, абс.	0,7%	5,2%	7,3%	6,5%	9,8%	14,7%	11,1%	9,8%
	% ОСБ	1	12	21	37	78	166	143	158
	ОСБ, абс.								
	% ЧСЧ	0	0	0	0	0	0	0	0
	ЧСЧ, абс.	0	0	0	0	0	0	0	0
	% засуджених								
	Засуджені	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	5,0%	3,7%
	% ТБ/ВІЛ								
	ТБ/ВІЛ, абс.	2,20%	7,30%	9,70%	10,10%	10,40%	18,70%	10,40%	8,3
Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу АРТ та ЗПТ.	значення цільове значення	3	17	16	58	83	212	135	135
	чисельник								
	Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують АРТ, а також замісну підтримувальну терапію.								
	знаменник								
	значення цільове значення					39,5%	49,0%	57,4%	49,6%
Відсоток ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу ЗПТ та АРТ.	чисельник					32	51	70	65
	знаменник					81	104	122	131

Індикатор	Вимірювальні величини	значення цільове значення	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які входили до активної диспансерної групи, потребували АРТ, але не отримували АРТ, на кінець звітного року.	Кількість ЛЖВ із активної диспансерної групи, які потребували АРТ на кінець звітного року.	чисельник					0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Кількість ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу на кінець звітного року.	знаменник	x	x	x	x	1928	2132	2430	2715
		значення цільове значення								
Кількість зафіксованих випадків ускладнень / побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ у звітному році.	Кількість зафіксованих випадків ускладнень / побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ у звітному році.	чисельник								
		знаменник								
		значення цільове значення								
Опишіть основні чинники неотримання / відмови від лікування АРТ пацієнтів?		чисельник								
		знаменник								
		значення цільове значення								
Кількість ЗОЗ, які надають АРТ (за типами ЗОЗ: за спеціалізацією, за рівнями -первинний, вторинний, третинний; село/місто)	Кількість ЗОЗ, які надають АРТ (за типами ЗОЗ: за спеціалізацією, за рівнями -первинний, вторинний, третинний; село/місто)	чисельник	1	1	1	1	2	3	5	5
		знаменник								
		значення цільове значення								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість медичних та немедичних установ (НУО, соціальні служби тощо, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу), які надають послуги з догляду та підтримки (за типами установ за спеціалізацією, село/місто).	знаменник								
	Центр СНІД	1	1	1	1	1	1	1	1
	Облбудиспансер								
	Облнаркодиспансер								
	ЦРЛ/міські лікарні/поліклініки					1	2	4	4
	Первинний								
	Вторинний					1	2	4	4
	Третинний								
	Місто								
	Район								
Кількість медичних та немедичних установ (НУО, соціальні служби тощо, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу), які надають послуги з догляду та підтримки (за типами установ за спеціалізацією, село/місто).	значення цільове значення								
	чисельник	1	1	1	1	1	1	1	1
	знаменник								
	НУО	1	1	1	1	1	1	1	1
Кількість медичних та немедичних установ, що надають інтегровану допомогу з ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ТБ/ЗПТ (НУО, соціальні служби тощо, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу) (за типами установ за спеціалізацією: село/місто).	значення цільове значення								
	чисельник								
	знаменник								
Кількість медичних та немедичних установ, що надають інтегровану допомогу з ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ТБ/ЗПТ (НУО, соціальні служби тощо, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу) (за типами установ за спеціалізацією: село/місто).	значення цільове значення								
	чисельник								
	знаменник								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Центр СНІД	1	1	1	1	1	1	1	1
	Облбудиспансер	1	1	1	1	1	1	1	1
	Облнаркодиспансер	1	1	1	1	1	1	1	1
	ЦРЛ/міські лікарні/поліклініки:	29	29	29	29	29	29	29	29
	Місто	8	8	8	8	8	8	8	8
	Район	21	21	21	21	21	21	21	21
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВН, станом на кінець року.	значення цільове значення	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	чисельник								
	знаменник	135	231	286	569	797	1078	1290	1616
	значення цільове значення	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	69,2%
Відсоток ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначеного ВН, станом на кінець року.	чисельник								1119
	знаменник	135	231	286	569	797	1128	1290	1616
	значення цільове значення	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	чисельник								

Індикатор	Вимірні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки (за КГН – дані Мережі з 2013 року, село/місто)	Кількість людей, які живуть з ВІЛ, що 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 (за КГН, село/місто).	чисельник							
	Загальна кількість ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом (за КГН, село/місто).	знаменник							
	% ЛВІН	1480	1761	2072	2242	2431	2601	2854	3044
	ЛВІН послуги, абс.	52,0%	47,2%	44,6%	42,1%	39,9%	38,4%	35,8%	33,8%
	ЛВІН, меднагляд								
	% ОСБ	771	832	926	946	970	1000	1022	1031
	ОСБ послуги, абс.								
	ОСБ, меднагляд	0	0	0	0	0	0	0	0
	% ЧСЧ	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%
	ЧСЧ послуги, абс.								
	ЧСЧ, меднагляд	3	4	6	5	15	19	24	25
	% засуджених	9,1%	8,5%	8,6%	8,1%	8,4%	7,5%	5,8%	4,2%
	Засуджені послуги, абс.								
	Засуджені, меднагляд	135	150	179	183	206	196	167	130
	% місто	81,1	78,5	76,2	76,5	75,2	74,2	73,5	73
	Місто: послуги, абс								
	Місто: мед нагляд	1199	1381	1577	1715	1827	1929	2097	2222
	% село	18,9	21,5	23,8	23,5	24,8	25,8	26,5	27
	Село: послуги, абс.								
	Село: мед нагляд	281	380	495	527	604	672	727	822

Індикатори для аналізу впровадження КІТ

Індикатор	Вимірювальні величини										2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ (15+), які знаходяться під медичним наглядом.	Кількість ЛЖВ (15+), які перебували під медичним наглядом на кінець звітного року. Кількість ЛЖВ (15+) за оціночними даними SPECTRUM на кінець звітного року.	значення																
		цільове значення																
		чисельник	1333	1590	1853	2020	2229	2402	2631	2824								
		знаменник	X	X	X	X	X	X	X	X								
Відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН (15+), які знаходяться під медичним наглядом.	Кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН, 15+ (осіб з парентеральним шляхом інфікування), які перебували під наглядом на кінець звітного року Кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН (15+) за оціночними даними SPECTRUM та даними ДЕН (оціночна кількість ЛВІН за даними SPECTRUM X рівень інфікованості ВІЛ серед ЛВІН за даними ДЕН).	значення																
		цільове значення																
		чисельник	771	832	926	946	970	1000	1022	1031								
		знаменник																
Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (показник № 19 плану МІО).	Кількість ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (показник № 19 плану МІО).	значення	X	X	X	X	50,9	50,1	49,4	45,5								
		цільове значення	X	X	X	X												
		чисельник	X	X	X	X	169	152	183	164								
		знаменник	X	X	X	X	332	303	370	360								

Індикатор	Вимірювальні величини											2016	
Відсоток ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі) (15+), яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа ЛВІН з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції.	значення									44	68	51,4	50,5
		цільове значення											
	чисельник	Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі)(15+), яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ у звітному році.											
			x	x	x	x	x	x	x	37	51	52	44
	знаменник	Загальна кількість вперше в житті взятих під медичний нагляд ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі) (15+) у звітному році...											
			x	x	x	x	x	x	x	84	75	101	87
Відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №10 плану МіО).	значення									35,4		77,2	
		цільове значення											
	чисельник	Кількість респондентів (ЛВІН), які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали його результат.											
	знаменник	Кількість усіх респондентів (ЛВІН), які увійшли до вибірки.								350		350	
Відсоток ОСБ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №11 плану МіО).	значення									18,3		12	
		цільове значення											
	чисельник	Кількість респондентів (ОСБ), які пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію за останні 12 місяців та отримали його результат.											
	знаменник	Кількість усіх респондентів (ОСБ), які увійшли до вибірки.											
											150		150

Індикатор	Вимірювальні величини	Вимірювальні величини										
		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.	значення	21,2	11,4	11,5	8,4	11,7	10,4	8,8	11			
	цільове значення											
	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН у звітному році.	122	56	55	38	60	55	49	59			
	Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (окрім кодів 110 та 114).	573	491	475	452	511	526	555	534			
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ОСБ (код СЕМ – 105.2), серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році.	значення					0	0	0	0			
	цільове значення											
	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ОСБ (код СЕМ – 105.2) у звітному році	x	x	x	x	0	0	0	0			
	Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (окрім кодів 110 та 114).	573	491	475	452	511	526	555	534			
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.	значення	0	0	0	0	1,7	0,3	0,9	0,3			
	цільове значення											
	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ – 103) у звітному році.	0	0	0	0	9	2	5	2			
	Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (окрім кодів 110 та 114).	573	491	475	452	511	526	555	534			

Індикатор	Вимірювальні величини										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	значення	9,5	10,7	10,7	9,9	11,1	10,2	3,7	7,3									
	цільове значення																	
	чисельник	55	53	51	45	57	54	21	39									
	знаменник	573	491	475	452	511	526	555	534									
Кількість 303, які надають послуги КІТ (в цілому), за рівнем надання медичної допомоги, за службою, за територією – місто/село).	значення																	
	цільове значення																	
	чисельник			41	41	45	46	46	46									
	чисельник			0	0	0	0	0	0									
	чисельник			26	26	30	30	30	30									
	чисельник			13	13	13	13	13	13									
	чисельник			28	28	30	30	30	30									
	чисельник			27	27	29	29	29	29									
	чисельник			4	4	4	4	4	4									
	чисельник			26	26	28	28	28	28									
	чисельник			26	26	28	28	28	28									
	чисельник			26	26	28	28	28	28									
	чисельник			2	2	2	2	2	2									

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	ЦСССДМ	чисельник		1	1	1	1	1	1
	НУО	чисельник		1	1	1	2	2	2
	інші	чисельник		3	3	3	3	3	3
	місто	чисельник		31	31	36	36	36	36
	село	чисельник		10	10	10	10	10	10
Насільки достатнім та адекватним є обсяг послуг з КІТ, що надаються у ЗОЗ для КГН та інших груп населення? Чому? Що потрібно зробити для підвищення доступності та адекватності послуг КІТ у ЗОЗ? Чому? Як це зробити?									
		значення							
Кількість НУО, які надають послуги КІТ (в цілому, за КГН, за територією – місто/село)		цілкове значення							
	Кількість НУО, які надають послуги КІТ (в цілому, за КГН, за територією – місто/село)	чисельник	2	2	3	3	2	2	2
	ЛВІН	чисельник	3	3	3	2	2	2	1
	ОСБ	чисельник	1	1	1	1	1	1	1
	ЧСЧ	чисельник	0	0	1	1	1	1	1
	місто	чисельник	2	2	2	2	2	2	2
	село	чисельник	2	2	2	2	2	2	2

Індикатор	Вимірювальні величини										2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Використання ШТ у ЗОЗ (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування)	Кількість тестувань з використанням ШТ у звітному році (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування).	Чисельник	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	3037	4618	7573	9145
	Загальна кількість тестувань у звітному році (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування).	Знаменник	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	70029/ 66992	67939/ 63321	65056/ 57483	61391/ 52246

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

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році.	значення цільове значення								
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 102 СЕМ) у звітному році.	122	56	55	38	60	55	49	59
	Оціночна кількість ЛВІН за SPECTRUM в області.	x	x	x	x	x	x	x	x
	значення цільове значення	10,5	9,5	12,6	8,6	4,5	3,3	1,6	1,5
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 102 СЕМ) за відповідний рік.	122	56	55	38	60	55	49	59
	Кількість ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію у звітному році.	1156	586	435	437	1321	1623	2934	3692

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН (за даними SPECTRUM).	значення цільове значення								
	Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН за даними SPECTRUM за відповідний рік.	X	X	X	X	X	X	X	X
	Оціночна кількість ЛВІН за SPECTRUM в області за відповідний рік.	X	X	X	X	X	X	X	X
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (за даними біоповедінкових досліджень).	значення цільове значення								
	Відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, які живуть з ВІЛ.	25,30%	X	19,00%	X	18,90%	X	15,90%	X
	значенник								
Відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування від протестованих ЛВІН у НУО..	Кількість протестованих унікальних клієнтів					685	755	2272	3076
	Кількість клієнтів з позитивним результатом					36	39	25	28
Відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту (за даними біоповедінкового дослідження).	значення цільове значення	20	X	25,105	X	21,00%	X	33,20%	X
	чисельник		X		X		X		X
	знаменник		X		X		X		X
Відсоток ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику (за даними біоповедінкового дослідження).	значення цільове значення	60,90%	X	97,90%	X	98,20%	X	97,50%	X
	чисельник		X		X		X		X
	знаменник		X		X		X		X

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛВІН, які знають про шляхи запобігання передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом та як вона не передається (за даними біоповедінкового дослідження).	значення цільове значення	54,60%	X	50,00%	X	49,70%	X	X	X
	чисельник		X		X		X	X	X
	знаменник		X		X		X	X	X
	значення цільове значення			26,30%		46,50%	43,50%	65,5	
Відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (за типами надавачів послуг).	Кількість людей, що вживають ін'єкційні наркотики, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (загалом та в тюремних закладах)...					2326	2176	3273	
	Оціночна кількість ЛВІН.					5000	5000	5000	5000
	значення цільове значення					4,5	5,5	6,5	7,3
	чисельник					227	278	328	366
Охоплення ЗПТ	Кількість людей, що вживають ін'єкційні наркотики, які отримують ЗПТ, 2013-2016 рр.					5000	5000	5000	5000
	Оціночна кількість ЛВІН.					5,7	5,7	6	8,3
	значення цільове значення					289909	289044	302578	417848
	чисельник					5000	5000	5000	5000
Середня кількість розданих шприців на одного ЛВІН.	Оціночна кількість ЛВІН.								
	значення цільове значення								
	Загальна кількість розданих шприців.								
	Оціночна кількість ЛВІН.								
Кількість пунктів, що проводять обмін, роздачу стерильних шприців та презервативів (за типами медичних та немедичних установ, тюремні заклади; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно територіальними рівнями тощо).	Кількість пунктів, що проводять обмін, роздачу стерильних шприців та презервативів (за типами медичних та немедичних установ, тюремні заклади; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно територіальними рівнями тощо).					32	34	63	35
	Оціночна кількість ЛВІН.								
	значення цільове значення								
	чисельник								

Аналіз профілактичних ВІА-сервісів для працівників комерційного сексу

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ОСБ з позитивним результатом тестування від оціночної кількості у звітному році.	значення цільове значення								
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 105.2 SEM) за відповідний рік.					0	0	0	0
	Оціночна кількість ОСБ за SPECTRUM в області за відповідний рік.	X	X	X	X	X	X	X	X
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ОСБ	значення цільове значення								
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 105.2 SEM) за відповідний рік.					0	0	0	0
	Кількість ОСБ, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію у звітному році.	X	X	X	X	107	183	719	576
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ОСБ (за даними SPECTRUM).	значення цільове значення								
	Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ОСБ за даними SPECTRUM за відповідний рік.	X	X	X	X				
	Оціночна кількість ОСБ за SPECTRUM в області за відповідний рік.	X	X	X	X				
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ОСБ (за даними біоповедінкових досліджень).	цільове значення								
	Відсоток ОСБ, які живуть з ВІЛ.	10,00%	X	5,30%	X	3,10%	X	0,70%	X

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ОСБ з позитивним результатом тестування від протестованих ОСБ у НУО.	Кількість протестованих унікальних клієнтів					233	363	533	574
	Кількість клієнтів з позитивним результатом					2	0	1	0
Відсоток ОСБ, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 місяців (за даними біоповедінкових досліджень).	значення цільове значення	30,70%	X	23,70%	X	18,30%	X	12,00%	X
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток ОСБ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з клієнтом (за даними біоповедінкових досліджень).	значення цільове значення	79,30%	X	99,40%	X	93,10%	X	87,90%	X
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток ОСБ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкових досліджень).	значення цільове значення	42,70%		65,60%		35,50%		X	
	чисельник							X	
	знаменник							X	
Відсоток ОСБ, охоплених профілактичними програмами (за типами надавачів послуг).	значення цільове значення	28,00%		27,30%		25,40%		28%	
	чисельник								
	знаменник								
Середня кількість розданих презервативів на одного ОСБ.	Кількість ОСБ, охоплені профілактичними програмами.								
	Оціночна кількість ОСБ (за даними SPECTRUM).								
	значення цільове значення					25,8	23,8	25,5	24,6
Загальна кількість розданих презервативів для ОСБ.	чисельник	X	X	X	X	180741	166737	179101	172690
	знаменник								
1) Кількість ОСБ, охоплені профілактичними програмами. 2) Оціночна кількість ОСБ.	чисельник					1) 812 2) 700	1) 899 2) 700	1) 705 2) 700	2) 700
	знаменник	X	X	X	X				

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, впроваджують послуги з профілактики ВІЛ серед ОСБ (якщо послуги надаються у держаних та комунальних закладах, вказати за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно-територіальними рівнями, тощо).	Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, впроваджують послуги з профілактики, догляду та підтримки ОСБ (за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно-територіальними рівнями, тощо)					35	36	24	6

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

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році.	значення цільове значення								
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 103 CEM) відповідний рік.	0	0	0	0	9	2	5	2
	Оціночна кількість ЧСЧ за SPECTRUM в області за відповідний рік.								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ	значення цільове значення	0	0	0	0	60	18,1	2,8	0,9
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ серед (код 103 SEM) за відповідний рік.	0	0	0	0	9	2	5	2
	Кількість ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію у звітному році.	0	0	1	9	15	11	178	221
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ (за даними SPECTRUM).	значення цільове значення								
	Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ за даними SPECTRUM за відповідний рік.								
	Оціночна кількість ЧСЧ за SPECTRUM в області за відповідний рік.								
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (за даними біоповедінкових досліджень).	знаменник								
	цільове значення								
Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ у НУО.	%	X	X	10,9	X	5,2	X	4,8	X
	Кількість протестованих унікальних клієнтів					1	215	161	201
Відсоток ЧСЧ, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 місяців (за даними біоповедінкових досліджень).	Кількість клієнтів з позитивним результатом					0	8	1	1
	значення цільове значення	X	X	23,2	X	32,5	X	40,5	X
	чисельник								
Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з чоловіком (за даними біоповедінкових досліджень).	знаменник	X	X	150	X	200	X	150	X
	значення цільове значення	X	X	52,9	X	67,4	X	43	X
	чисельник								
	знаменник								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкових досліджень).	значення цільове значення	X	X	36,2	X	55	X	58	X
	чисельник								
	знаменник	X	X	150	X	200	X	150	X
Відсоток ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами (за типами надавачів послуг).	значення цільове значення	X	X	40,7	X	51,7	X	59	X
	чисельник	0		15					
	знаменник								
	Оціночна кількість ЧСЧ (за даними SPECTRUM)								
Середня кількість презервативів на одного ЧСЧ.	значення цільове значення								
	чисельник					476	33888	25730	35560
	знаменник					1) 36 2) 2400	1) 895 2) 2400	1) 200 2) 2400	
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, впроваджують послуги з профілактики, догляду та підтримки ЧСЧ (за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно територіальними рівнями, тощо).	Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, впроваджують послуги з профілактики, догляду та підтримки ЧСЧ (за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно територіальними рівнями, тощо).					5	9	3	1

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

ЗВІТ

Автори звіту:

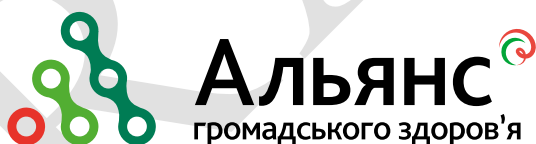
Ю. Галінський
О. Варваровська
В. Сенкевич
М. Самко
Л. Масюк
Ю. Новак

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. 12,58
Тираж 20 прим. Замовл. № 4/3

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

