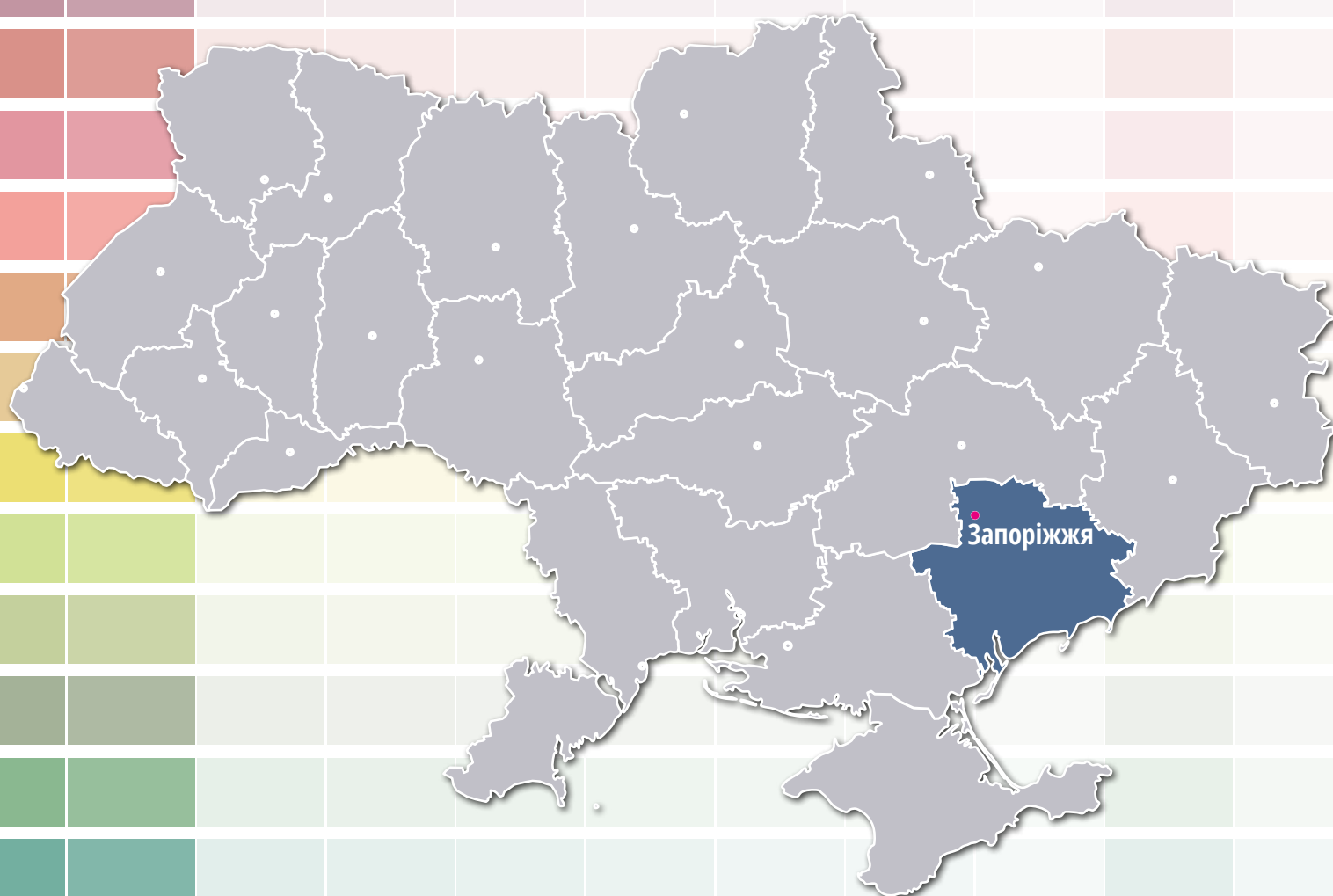


ЗВІТ

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

У ЗАПОРІЗЬКІЙ
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

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

У ЗАПОРІЗЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.64)](047.32)
О-93

Авторський колектив:

О. Петровська – головний лікар «Запорізький обласний Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» Запорізької обласної ради

О. Велигодська – завідувач відділом МіО «Запорізький обласний Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» Запорізької обласної ради

Т. Тарасова – завідувач поліклінічним відділенням «Запорізький обласний Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» Запорізької обласної ради

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

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Запорізькій області. Звіт** – Петровська О., Велигодська О., Тарасова Т., Недужко О., Новак Ю. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 108 с.

ISBN 978-966-137-098-1

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

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

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

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

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

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



УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.64)](047.32)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	6
2. ВСТУП	8
3. МЕТОДОЛОГІЯ	10
4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	12
4.1. Стан епідемічної ситуації в Запорізькій області станом на 01.01.2017 рік.	12
4.2. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р.	19
4.3. Аналіз заходів Програми відповідно до 5-ти напрямків Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)	20
5. ВИСНОВКИ	42
6. РЕКОМЕНДАЦІЇ	46
7. ПЛАН ЗАХОДІВ	52
ДОДАТОК 1	56
Таблиця вводу значень індикаторів	56
Аналіз ключових індикаторів впливу	94
ДОДАТОК 2	
Аналіз відповіді області на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за цільовими показниками «90-90-90»	104

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЗПСМ	амбулаторія загальної практики сімейної медицини
АРП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
БО	благодійна організація
БПД	біоповедінкові дослідження
БФ	Благодійний фонд
ВДТБ	вперше діагностований туберкульоз
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКВС УКРАЇНИ	Державна кримінально-виконавча служба України
ДОЗ	Департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІОМ	інформаційно-освітні матеріали
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення
КУ	комунальна установа
КіТ	консультування і тестування
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ

МІС-ВІЛ	медично-інформаційна система ВІЛ
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МДК	мультидисциплінарна команда
МіО	моніторинг і оцінка
МРТЦ	міжрегіональний тренінговий центр
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НУО	неурядова організація
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПКС	працівники, які надають сексуальні послуги за винагороду
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу і оцінки
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
ЦСССДМ	Центр соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
PEPFAR	Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом
CDC	Центри США з контролю та профілактики захворювань

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

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

Завдання:

1. Проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, досягнення індикаторів регіональної програми, індикаторів плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. (Плану МіО), цільових показників «90-90-90».
2. Проаналізувати реалізацію регіональної програми за ключовими напрямками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).
3. Проаналізувати реалізацію регіональної програми, розглянувши ті заходи, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги.
4. Розробити рекомендації для формування регіональної програми на 2019–2023 рр. або внесення змін до комплексної програми для забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на обласному рівні.

Методи дослідження: кабінетне дослідження, під час якого оцінюється вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів. Для цього обрано ключові індикатори впливу (захворюваність, смертність та ін.), включаючи індикатори впливу Плану моніторингу і оцінки (МіО). Проведено оцінку виконання інших індикаторів Плану МіО, досягнення каскадних індикаторів; співставлення заходів Програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами, які об'єднано у загальний список (Матриця аналізу даних), для відповіді на які зібрано додаткові кількісні вторинні дані та проведено якісне дослідження (методом фокус-груп під час робочої зустрічі міжсекторальної робочої групи, інтерв'ю).

Матеріали, які використовувалися для дослідження: сероепідмоніторинг, рутинний епідгляд, дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX), дані спеціальних досліджень.

За результатами збору кількісних і якісних даних проведено їх синтез та аналіз з метою отримання відповіді на запитання щодо факторів впливу на результативність Програми.

Отримані результати дослідження не дають підстав стверджувати про стабілізацію епідемії ВІЛ-інфекції в області. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за період спостереження має тенденцію до зростання, у тому числі серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та працівників комерційного сексу. Кількість ключових груп населення, охоплених профілактичними програмами, щороку зростає і в 2016 році перевищила цільові індикатори Програми. Значно відстає від запланованого показник охоплення наркозалежних замісною підтримувальною терапією (4,01% у 2016 р.), що не відповідає цільовим показникам Програми (35%).

Показник передачі ВІЛ від матері до дитини в Запорізькій області за останні роки має стійку тенденцію до зниження. Охоплення антиретровірусною терапією пацієнтів збільшилося до 60,1%. У значної частки населення області не сформовано толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ: тільки 35% населення вважає, що ВІЛ-позитивні діти можуть ходити до школи разом з ВІЛ-негативними дітьми.

З огляду на зазначене існує необхідність перегляду та зміни підходів до організації, планування і фінансування програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу відповідно до нових стратегій щодо прискорення відповіді для зупинення епідемії, забезпечення фінансування заходів обласної Програми на 2019–2023 рр. за рахунок коштів місцевих бюджетів.

2. ВСТУП

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетів державної політики України у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, зокрема щодо стратегії UNAIDS (прискорення заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІД – Fast Track) у досягненні цільових показників прогресу щодо припинення епідемії після 2015 р. – «90-90-90» до 2020 р. та «95-95-95» до 2030 р.

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (ЦГЗ) ініціювала Оцінку діючих регіональних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (Програма) за технічної підтримки проекту МЕТІДА та фінансового сприяння Центрів контролю і профілактики захворювань США (CDC). Основними завданнями оцінки є здійснення аналізу досягнень та слабких сторін заходів діючих програм, визначення ключових проблем та перешкод, які впливають на їх ефективність, формування практичних рекомендацій щодо визначення пріоритетних заходів Програми на 2019–2023 рр.

Передумови проведення Оцінки:

- Складна епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції як в цілому по Україні, так і в Запорізькій області зокрема: станом на 1 січня 2017 р. за весь період епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією (з 1987 р.) в області зареєстровано 8413 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 3357 захворювань на СНІД і 1531 смертей від захворювань, обумовлених СНІДом. В області мешкає 4364 особи з ВІЛ-інфекцією, у тому числі 1558 хворих на СНІД. У порівнянні з 2015 р. захворюваність на ВІЛ-інфекцію в області у 2016 р. зросла на 26,3% і склала 41,02 на 100 тис. нас. (719 осіб), померло від СНІДу 143 особи.

Мета заходу: оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та проаналізувати реалізацію регіональної Програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за ключовими показниками, надати рекомендації щодо формування обласної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр.

Завдання:

1. Оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу за основними показниками впливу та цільовими показниками «90-90-90».
2. Проаналізувати реалізацію регіональної Програми за показниками плану моніторингу і оцінки (МіО), визначити та розглянути заходи, пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами.

3. Визначити та проаналізувати основні перешкоди й сприятливі фактори для досягнення індикаторів впливу та цільових показників плану МіО.
4. Розробити рекомендації для формування обласної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. для забезпечення ефективної реалізації стратегії UNAIDS на обласному рівні.

Враховуючи постійну залежність від зовнішнього фінансування та обґрунтовану необхідність зміцнення системи охорони здоров'я на місцевому рівні у роботі з організації та подальшого впровадження відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, існує необхідність створення нової регіональної програми протидії ВІЛ/СНІДу, яка має бути спрямована на сталість та ефективність відповідних заходів.

У результаті проведеної Оцінки отримано деталізований та структурований звіт, в якому відображено як основні досягнення і прогресивні кроки Запорізького регіону щодо відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, так і проблемні аспекти, що потребують посиленої уваги та конкретних дій. Результати проведеної оцінки, напрацьовані рекомендації слугуватимуть джерелом стратегічної інформації і будуть враховані під час підготовки нової регіональної Програми протидії ВІЛ/СНІДу на 2019–2023 рр.

3. МЕТОДОЛОГІЯ

Державна політика у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в області виконується згідно «Цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Запорізькій області на 2015–2018 роки», затвердженої Рішенням 46-ї сесії 6-го скликання Запорізької обласної ради №10 від 27.08.2015 р. Згідно з цим Рішенням, затверджено фінансування профілактичних заходів для КГН, заходів з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), з обласного бюджету на 2017 та 2018 рр.

Методи, що використовувалися під час Оцінки:

- Кабінетне дослідження за основними компонентами:
 - ознайомлення з програмами протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу;
 - фіналізація переліку індикаторів відповідно до особливостей регіональної програми передбачала визначення індикаторів впливу діючої обласної Програми, які не містилися в плані МіО та в переліку додаткових індикаторів Оцінки;
 - розроблення паспортів індикаторів, визначення джерел даних для розрахунку та цільові значення.
- Фіналізація структури даних, документів для проведення кабінетного дослідження. Визначення інформації, даних, документів, які потрібно зібрати для проведення кабінетного дослідження. Визначення джерел даних та критеріїв використання інформації, отриманої під час проведення засідання міжсекторальної робочої групи.
- Збір даних для отримання відповідей на запитання щодо реалізації п'яти обраних напрямків, розрахунку індикаторів та побудови каскаду лікування; збір вже обчислених індикаторів відповідно до переліку.
- Обчислення та введення отриманих індикаторів, у тому числі додаткових. Аналіз індикаторів – досягнення ним цільового значення (за наявності); тенденції (позитивна, негативна, стабільні значення).
- Побудова каскаду. Розрахунок каскадних індикаторів. Побудова крос-секційного каскаду лікування станом на 01.01.2017 р. (Додаток №2). Аналіз крос-секційного каскаду.
- Отримання попередніх результатів щодо відповіді області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу за п'ятьма напрямками. Збір та аналіз додаткових кількісних даних. Визначення необхідності збору додаткових якісних даних та характеристики збору цих даних (формат збору даних – проведення засідання міжсекторальної робочої групи). Опис отриманих даних.
- Синтез даних кабінетного та якісного досліджень.

Інструменти, використані під час дослідження: додаток № 1 «Таблиця вводу значень індикаторів» складається з розрахунку фактичних та цільових значень показників:

1. Оціночна кількість ЛЖВ (тільки фактичне значення, цілі немає).
2. Рівень виявлення інфекції ВІЛ/СНІДу та обізнаності щодо свого статусу.
3. Рівень отримання антиретровірусної терапії (АРТ) серед ЛЖВ.
4. Рівень вірусного навантаження.

Додаток до технічного завдання з проведення оцінки регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу №10 «Матриця аналізу даних».

Під час дослідження були залучені зацікавлені організації-партнери, проведено дві робочі зустрічі міжсекторальної робочої групи 14 квітня та 1 серпня 2017 р. Поточні питання вирішувалися на щотижневих міжрегіональних скайп- нарадах.

4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

4.1. Стан епідемічної ситуації в Запорізькій області станом на 01.01.2017 рік.

За весь період епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією (з 1987 р.) у Запорізькій області зареєстровано 8413 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 3357 – захворювання на СНІД і 1531 – смертей від захворювань, обумовлених СНІДом. На початок 2017 р. в області мешкало 4364 особи з ВІЛ-інфекцією усіх вікових категорій, у тому числі 1558 хворих на СНІД. Із загальної кількості ВІЛ-інфікованих – 222 діти, з них із підтвердженим діагнозом – 67, у т. ч. у 23 дітей встановлено діагноз «СНІД». У віковій групі 15–49 років рівень поширеності ВІЛ-інфекції становив 0,5% (РЕН, 2016 р.).

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, за результатами сероепідмоніторингу (СЕМ) 2009–2016 рр., має тенденцію до зростання – з 25,7 до 38,7 на 100 тис. нас.



Графік 1. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними СЕМ, РЕН, 2009–2016 рр., на 100 тис. нас.

Протягом 2009–2016 рр. в області зросла кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб – з 573 до 719 випадків, темп приросту в 2016 р. становив +25,8%. Відповідно показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію також має тенденцію до зростання – з 27,5 у 2009 р. до 41,0 на 100 тис. нас. у 2016 р. (Графік 1).

Існуюча система рутинного епіднагляду (РЕН) базується на встановленні кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення протягом звітного року, без урахування істинної захворюваності упродовж визначеного періоду (рік, півріччя, квартал). У тому числі реєструються випадки ВІЛ-інфекції у пацієнтів, які інфікувалися та/або мали позитивний результат тестування на ВІЛ у межах СЕМ декілька років тому.

Середньорічний показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед жінок (24,9 на 100 тис. нас.) практично вдвічі нижчий, ніж серед чоловіків (41,2 на 100 тис. нас.). До того ж, зростання загальної захворюваності у 2016 р. відбувалося переважно завдяки чоловікам (на 35%). Натомість серед жінок вона має більш стабільну тенденцію (у 2016 р. – на 14%).

У 2007 році спостерігалася зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ-інфекції з парентерального на статевий. Питома вага як чоловіків, так і жінок у віці 15–24 роки серед загальної кількості вперше виявлених випадків протягом 2009–2016 рр. має чітку тенденцію до зменшення на тлі зростання показників загальної захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

Епідемія ВІЛ-інфекції концентрується переважно серед осіб репродуктивного віку, але зростання показників виявлення нових випадків серед вікової групи 50 років і старше є ще одним свідченням ознак «старої» епідемії. Певним обмеженням аналізу вікової структури епідемії є те, що РЕН аналізує досить велику вікову категорію – 25–49 років, що унеможливлює аналіз за рівними віковими категоріями.

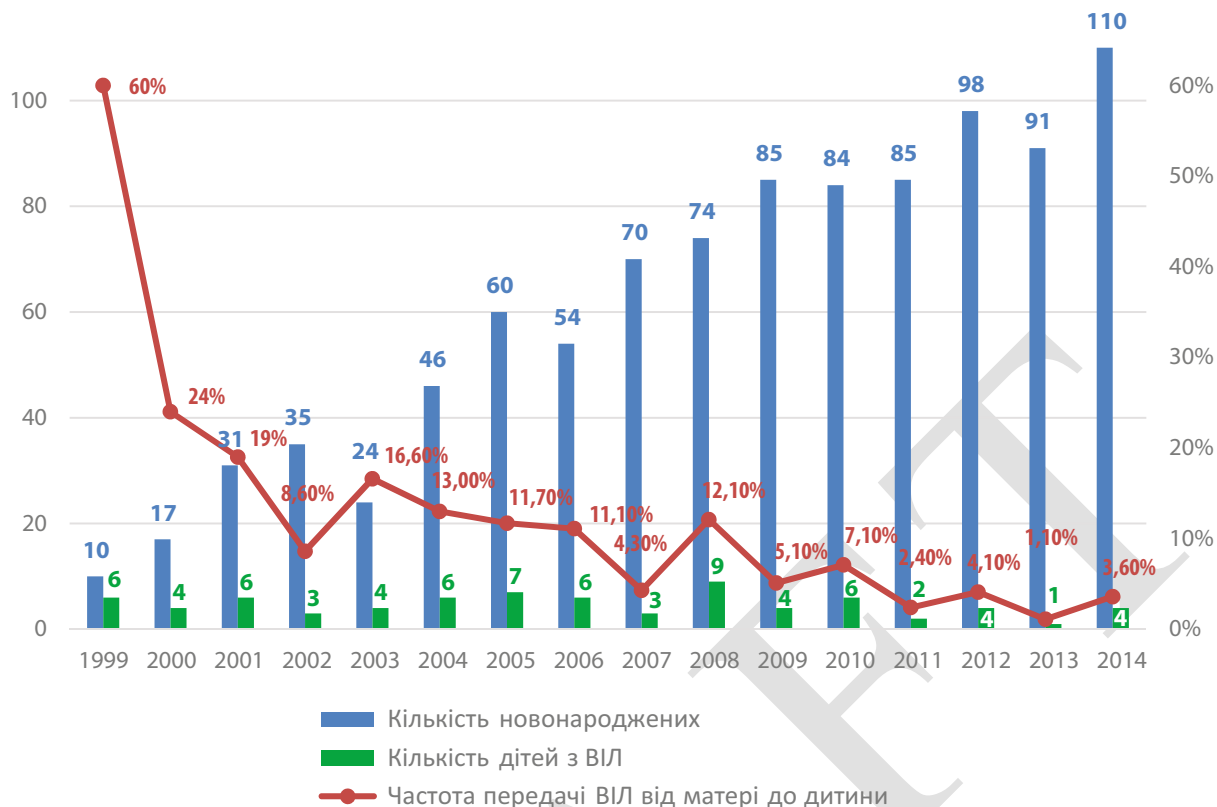
У межах області епідемія концентрується переважно у містах: 77,2% – у 2009 р., 79,2% – у 2016 р.; частка нових випадків серед сільського населення у 2009 р. склала 22,8%, у 2016 р. – 20,8%. У 2016 році показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. нас. міст зріс на 51,9% і склав 42,1 (569 осіб) проти 27,7 у 2009 р. (386 осіб). Серед мешканців села зареєстровано зростання цього показника на 39,4%, що складає 37,2 (150 осіб) проти 26,7 на 100 тис. нас. у 2009 р. (114 осіб).

Вище середньообласного показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. нас. у 2016 р. зареєстровані у м. Мелітополі (75,1), Мелітопольському (86,0) та Михайлівському (71,8) районах області.

Середньообласний показник захворюваності на СНІД на 100 тис. нас. збільшився в 3,2 раза і склав у 2016 р. 25,5 проти 7,9 у 2009 р. У порівнянні з попереднім роком абсолютна кількість випадків СНІДу зросла – з 144 у 2009 р. до 447 у 2016 р. Протягом 2016 року виявлено вперше з ВІЛ-інфекцією в стадії СНІДу 262 особи.

Найвищий рівень захворюваності на СНІД відзначається у Мелітополі – 60,35 на 100 тис. нас. Вище середньообласного показники захворюваності на СНІД зареєстровані також у районах: Мелітопольському – 42,0; Василівському – 52,6; Михайлівському – 51,3 на 100 тис. нас.

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини за 2014 рік складала 3,6%. Цільового значення (2,5%) не досягнуто.



Графік 2. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, РЕН, 1999–2016 рр.

Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ у 2014 р. (відсоток народжених ВІЛ-позитивними жінками дітей, яким виповнилося 18 міс. до 1 липня 2016 р. та яким позитивний ВІЛ-статус було підтверджено методом імуноферментного аналізу (ІФА)), склав 3,6 %. У 2013 році показник ЧПМД був менший за цільові показники, і це єдиний рік, коли область наблизилася до цільового показника (1,1%). Але за 2014 рік показник зріс до 3,6%, що перевищує цільовий показник по області – 2,5%. Загальна тенденція вказує на зниження рівня вертикальної трансмісії (**Графік 2**). В області, як і взагалі по Україні, за останні роки знизився як рівень поширеності ВІЛ серед вагітних жінок (за кодом 109), так і загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, взятих на медичний облік (МН). Зменшується кількість жінок з уперше в житті встановленим ВІЛ-позитивним статусом під час вагітності (135 вагітних у 2009 р., 87 – у 2016 р.).

За останні роки стрімко зросла кількість виявлених ВІЛ-позитивних вагітних у містах Мелітополі, Запоріжжі, Бердянську, Токмаку та Кам'янсько-Дніпровському районі. Як і в попередні роки, 7% ВІЛ-інфікованих вагітних не перебували під медичним наглядом під час вагітності та, відповідно, не були обстежені на CD-4 і вірусне навантаження (ВН), не отримували антиретровірусну терапію (АРТ).

У 2016 році зменшилась кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які відмовилися від АРТ під час вагітності (з 4 осіб у 2014 р. до однієї у 2016 р.), але залишається частка вагітних з низькою прихильністю до лікування. Показник передачі ВІЛ від матері до дитини за останні роки має стійку тенденцію до зниження і не перевищує середній по Україні. Для подальшого його зниження (2018 р. – 1%) необхідним є вирішення питання не лише забезпечення медичного супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних, але й зменшення впливу соціальних факторів.

Серед двадцяти жінок, що народили дітей, у яких підтверджено діагноз «ВІЛ-інфекція», мали проблеми та ризики, що стали, можливо, причинами інфікування немовлят, у т.ч. комбінацію проблем:

- виявлені під час пологів і не отримували АРТ – 10 осіб;
- виявлені під час пологів, наркозалежні – 2 особи;
- виявлені під час вагітності, пізній початок АРТ – 3 особи;
- виявлені під час вагітності та не отримували АРТ – 2 особи.

75% дітей отримували АРТ. Ймовірно, що інфікування відбулося ще в антенатальний період, до пологів. Про це свідчать III–IV стадії ВІЛ-інфекції, які було встановлено після народження у 19 дітей. Кесарів розтин проводився у 25% випадків, проте потребували його 18 жінок (90%). Дві жінки на час пологів мали ВІЛ-негативні результати: у однієї (2010 р.) експрес-тест, проведений у період пологів, був негативний, друга (2012 р.) в період вагітності була обстежена двічі і обидва зразки крові мали негативні результати (ІФА). Можливо, під час обстеження обидві знаходилися у періоді «серонегативного вікна». Жінки і діти АРТ не отримували.

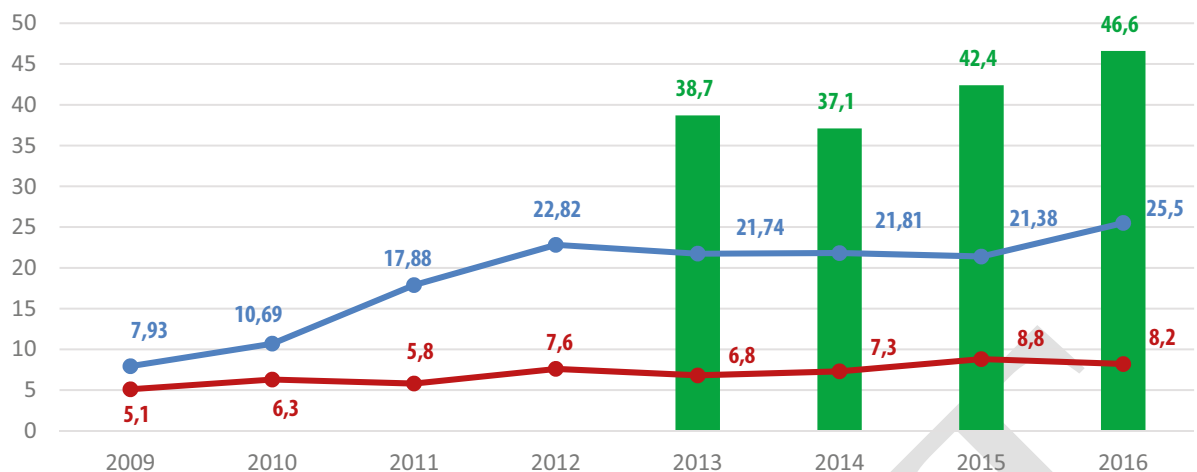
Резюме: Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, за результатами СЕМ та РЕН, протягом 2009–2016 рр. має тенденцію до помірного зростання. Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Запорізькій області, як і раніше, залишається туберкульоз, який виявлено у 38,5% пацієнтів серед нових випадків СНІДу. *Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед чоловіків значно вища, ніж серед жінок (у 2016 р. практично вдвічі).*

ВІЛ-інфекція серед мешканців міст має вищі показники зростання, ніж серед сільського населення: протягом 2009–2016 рр. приріст нових випадків інфікування у містах становив 51,9%, в селах – 39,4%. Зменшення частки випадків ВІЛ-інфекції серед вікової категорії 15–24 роки та серед вагітних (код 109.1) свідчить, скоріше за все, про деякі ознаки стабілізації епідемічного процесу. Ключовими групами епідемії залишаються люди, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), працівники, що надають сексуальні послуги за винагороду (ПКС), та чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ).

Смертність

Загальний рівень смертності серед всіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів коливається у межах 9,6 (2009 р.) – 12,4 (2016 р.) на 100 тис. нас., але існує тенденція до зростання, що пов'язано з поширенням епідемії в області, зростанням кількості пацієнтів, які знаходилися на МН. Показники смертності населення від хвороб, зумовлених ВІЛ, за даними Держкомстату, з 2009 по 2016 рік були нестабільними, проте протягом останніх трьох років реєструється їх поступове зростання – з 7,2 у 2013 р. до 8,7 на 100 тис. нас. у 2016 р. (не перевищували цільовий індикатор по області – 10,7 на 100 тис. нас.). Показник смертності серед ВІЛ-інфікованих є важливим виміром доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ, індикатором ефективності впливу заходів на наслідки епідемії. Тенденції смертності від СНІДу повторюють тенденції до збільшення кількості нових випадків.

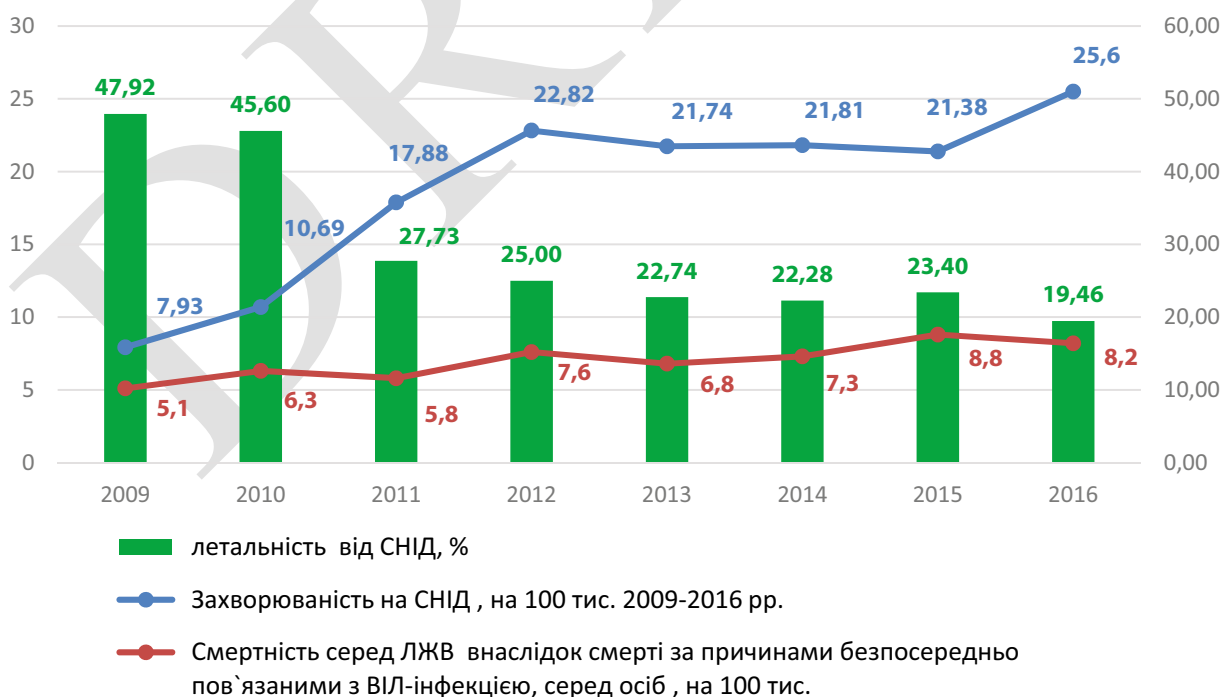
Зростання рівня смертності обумовлено зростанням показників вперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб, яких взято під диспансерний нагляд на III та IV стадіях ВІЛ-інфекції – з 38,7% у 2013 р. до 46,6% у 2016 р. (Графік №3). Показник впливу «Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ» у 2016 р. становив 2,9 на 100 тис. населення, що менше за цільовий показник – 3,2 на 100 тис. нас. Але ці показники нестабільні, і зниження рівня смертності у 2016 р. не свідчить про сталі тенденції. Зниження показника смертності від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ реєструвалося у 2011, 2013 та 2016 рр. У порівнянні з 2015 роком він зменшився на 32%. В області виявлено тенденцію взаємозв'язку причин смертності серед ВІЛ-інфікованих – основна причина смерті пов'язана з туберкульозом. За роки спостереження (з 2009 по 2016 рік) частка туберкульозу серед причин смерті зменшилася – з 56% у 2014 р. до 33,55% у 2016 р.



- Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях
- Захворюваність на СНІД, на 100 тис. 2009-2016 рр.
- Смертність серед ЛЖВ внаслідок смерті за причинами безпосередньо пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, серед осіб, на 100 тис.

Графік 3. Динаміка взяття на облік ЛЖВ на III–IV стадіях хвороби, захворюваності на СНІД, смертності від СНІДу на 100 тис. нас., %, РЕН, 2009–2016 рр.

Смертність серед ВІЛ-інфікованих осіб внаслідок захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, має тенденцію до зростання – з 5,1 у 2009 р. до 8,2 на 100 тис. нас. у 2016 р. На тлі зростання показників захворюваності на СНІД та незначного зростання показників смертності від нього кількість летальних випадків серед таких хворих щороку, зменшується – з 48% у 2009 р. до 19,5 % у 2016 р. (Графік 4).



Графік 4. Захворюваність на СНІД, смертність від СНІДу на 100 тис. нас. та летальність від СНІДу, %, РЕН, 2009–2016 рр.

Загалом у 2016 р. питома вага померлих ВІЛ-інфікованих осіб, які приймали АРТ, становила 2,7%, проти 7,2% серед тих, хто не приймав АРТ. Не виключено, що зменшення показника смертності пов'язано із неможливістю проведення звірок з Головним статистичним управлінням Запорізької області. Перевищує середньообласний у 1,8 раза показник смертності в м. Мелітополь (14,77 на 100 тис. нас.), втричі у Михайлівському (27,35 на 100 тис. нас.), вдвічі у Василівському (20,13 на 100 тис. нас.) та Мелітопольському (18,0 на 100 тис. нас.) районах.

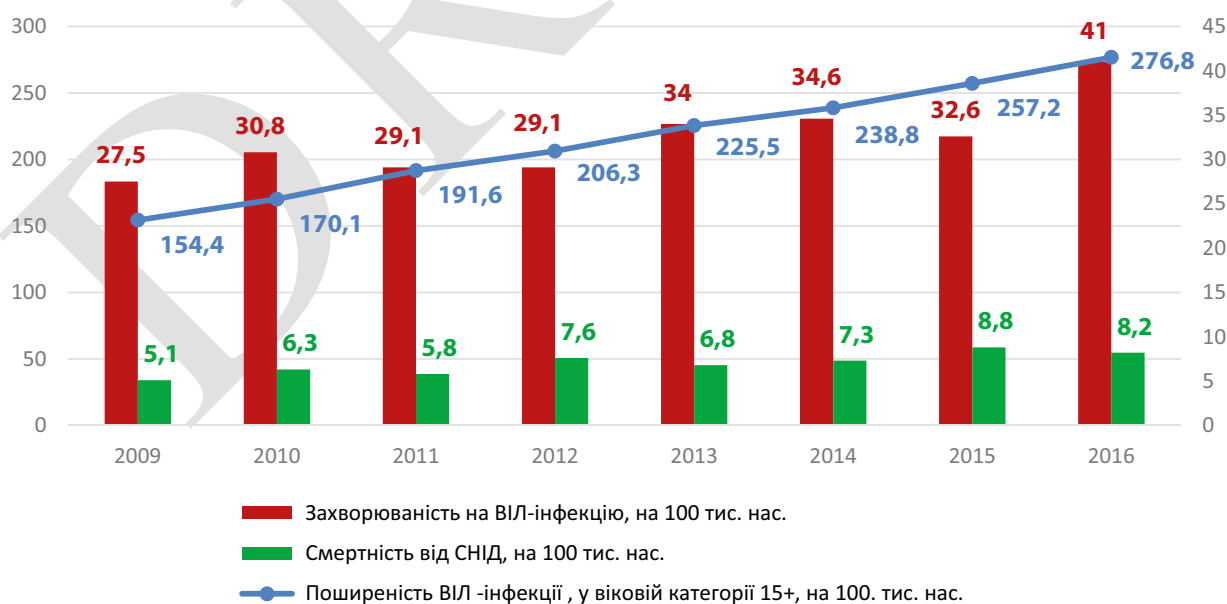
Резюме

В області реєструється зростання смертності серед ЛЖВ на 29,2% протягом восьми років дослідження, у тому числі внаслідок захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією – на 27,9%. Показник не перевищував цільовий індикатор по області (10,7 на 100 тис. нас.). Основна причина смертності пов'язана з туберкульозом. За роки спостереження (з 2009 по 2016 рік) доля туберкульозу серед причин летальних випадків зменшилася – з 56% у 2014 р. до 33,55% у 2016 р.

Поширеність ВІЛ-інфекції

Оціночна чисельність ЛЖВ в області станом на 01.01.2017 р. становила 5300 осіб. Поширеність ВІЛ-інфекції, за даними РЕН, серед осіб віком 15+ має стабільну тенденцію до зростання – з 154,4 у 2009 р. до 276,8 на 100 тис. нас. у 2016 р. (Графік 5). Найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. нас. відзначаються у містах Мелітополі – 489,3; Енергодарі – 342,2; Бердянську – 318,3 та Михайлівському – 410,3; Розівському – 366,8; Мелітопольському – 366,1; Василівському – 332,8 районах.

В окремих містах та районах області відзначається високий відсоток ВІЛ-інфікованих в стадії СНІДу від загальної кількості осіб, які перебувають на обліку, що, можливо, свідчить про «стару» епідемію саме на цих територіях (м. Мелітополь – 48,3%; Василівський район – 44,2%; Мелітопольський район – 44,8%).



Графік 5. Динаміка основних показників розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 100 тис. нас., РЕН, 2009–2016 рр.

Поширеність ВІЛ серед молоді віком 15–24 роки, що відзначається серед вагітних, має тенденцію до зменшення. Найбільша кількість вагітних у віковій категорії 15–24 роки була зареєстрована у 2013 р. – 11 випадків.

Протягом чотирьох останніх років спостерігається значне зменшення кількості ВІЛ-позитивних вагітних віком 15–24 роки – на 32,4%. Поширеність ВІЛ у цій віковій групі вагітних протягом 2013–2015 рр. знаходилася на рівні 0,1–0,2%; у 2016 р. нових випадків інфікування зареєстровано не було. Цільовий показник 2018 р. складає 0,07% (обласна програма).

Рівень поширеності ВІЛ серед вагітних у містах області протягом 2009–2016 рр. не перевищував 0,81% (2014 р.) і упродовж останніх двох років зменшився до рівня 0,6%. В області реєструвалося значне зменшення кількості вагітних (на 20%), і ця тенденція спостерігалася починаючи з 2014 року.

З 2013 року відзначається зменшення показника реєстрації вагітних з ВІЛ-інфекцією – з 173 у 2013 р. до 87 у 2016 р. Зменшується і показник поширеності ВІЛ серед цієї категорії – з 1% у 2014 р. до 0,6% у 2016 р. Проте цільових показників не досягнуто: у 2016 р. – 0,29%, у 2018 р. – 0,27%. Таким чином, показник поширеності ВІЛ серед вагітних у 2016 р. вдвічі перевищував цільовий показник по області, але дорівнював показнику по Україні, який складав у 2016 р. 0,62%, у 2018 р. – 0,49%.

Зазначимо, що для концентрованої епідемії характерна більша залученість представників ключових груп населення. Поширеність ВІЛ серед ЛВІН мала тенденцію до зменшення – з 10,7% у 2009 р. до 2,2% у 2013 р. Проте у 2015 р. зареєстровано зростання цього показника до 8,7%, що залежить, як правило, від підходів до проведення БПД, а саме: у 2015 р. проводився чіткий відбір клієнтів на дослідження з метою уникнення залучення до тестування осіб з інших груп – не ЛВІН. Показники поширеності ВІЛ серед ЛВІН значно нижчі за цільові (18,2% у 2013 р.) і значно нижчі за показники інфікованості серед ЛВІН по країні.

Загальна частка ПКС, які живуть з ВІЛ, має тенденцію до зростання (з 4% у 2009 р. до 7,1% у 2015 р.) і більша за цільовий показник 2013 р., який становив 4,4%.

Загальна частка ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, має тенденцію до зменшення (з 4,9% у 2011 р. до 4,6% у 2015 р.) і менша за цільовий показник 2013 р., який становив 7,9%.

Резюме

За даними РЕН, поширеність ВІЛ-інфекції серед осіб віком старше 15 років (на 100 тис. нас.) має стабільну тенденцію до зростання, що пов'язано із підвищенням рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області і, як наслідок, зі збільшенням кількості осіб, які живуть з ВІЛ, у регіоні, а також з тим, що темпи приросту показника смертності серед ЛЖВ нижчі за темпи приросту показника захворюваності на ВІЛ. У 2016 році темпи приросту захворюваності на ВІЛ склали +25,8%; смертності від СНІДу – 6,8%; поширеності ВІЛ-інфекції у віковій категорії старше 15 років – +7,6%.

В окремих містах та районах області (м. Мелітополь – 48,3%, Василівський район – 44,2%, Мелітопольський район – 44,8%) відзначається високий відсоток ВІЛ-інфікованих на стадії СНІДу від загального числа осіб, які перебувають на обліку, що, можливо, свідчить про «стару» епідемію саме на цих територіях.

Висновок

Поширеність ВІЛ серед вагітних у містах Запорізької області протягом 2009–2016 рр. не перевищувала 0,81% (2014 р.) і за останні два роки зменшилася до 0,6%. Під час проведення БПД у 2015 р. встановлено, що поширеність ВІЛ серед ЛВІН становила 8,7%, серед ПКС – 7,1%, серед ЧСЧ – 4,6%. Зважаючи на ці дані, епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції в Запорізькій області можна характеризувати як концентровану.

4.2. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р.

На представленому каскаді з профілактики та лікування ЛЖВ в Запорізькій області визначено як прогалини, так і цілі, що відповідають завданням UNAIDS «90-90-90» (Графік 6).

Оціночна чисельність ЛЖВ в області станом на 01.01.2017 року становила, за даними програми СПЕКТРУМ, 5300; дані розраховано з урахуванням результатів БПД 2015 р.

Знають про свій ВІЛ-позитивний статус особи, які пройшли тестування та знаходяться на медичному обліку: на початок 2017 р. їх було 4209; упродовж 2016 р. кількість осіб, які знають про свій позитивний статус, зросла на 313. Мета, якої необхідно досягти до 2020 р., з урахуванням цілей UNAIDS – 4770 осіб, у т.ч. 561 особа, яка наразі не знає про свій ВІЛ-позитивний статус.

Активна диспансерна група – кількість пацієнтів, які пройшли диспансерне обстеження принаймні один раз на рік, складає 3350 осіб, а це 79,6% від фактичної диспансерної групи та 63,2% від оціночної кількості ЛЖВ.

Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку із ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.

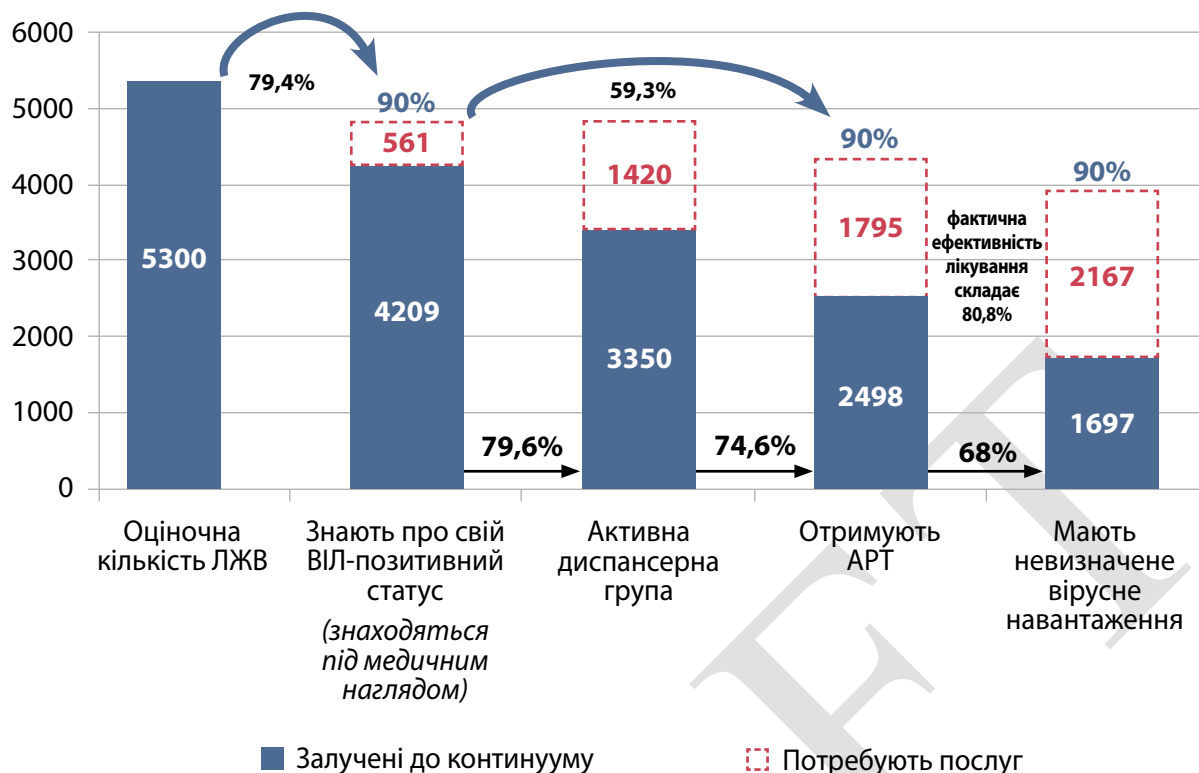
Отримують АРТ 2498 осіб (дані РЕН за АРТ, Ф 56, з урахуванням засуджених державної кримінально-виконавчої служби України (ДКВС), що складає 47,1% від оціночної кількості ЛЖВ та 59,3% від офіційно зареєстрованої кількості ВІЛ-позитивних пацієнтів, які знаходяться на медичному обліку (знають про свій ВІЛ-позитивний статус). Для досягнення мети «90% пацієнтів отримують АРТ у 2020 р. – 4293 пацієнти» упродовж чотирьох років необхідно призначити АРТ 1795 особам, без урахування тих, які будуть інфіковані за цей період.

Мають невизначуване вірусне навантаження (ВН): розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ із невизначуваним ВН (<40 РНК-копій/мл). У 2015 р. 73% зразків крові показали невизначуване ВН (<40 РНК-копій/мл). У 2016 р., згідно даних верифікації бази пацієнтів, які обстежені на визначення рівня ВН, мають дані щодо рівня ВН – 2100 осіб, з них 1697 ВІЛ-інфікованих досягли невизначуваного рівня ВН (80,8%). Зареєстроване зростання показника вірусологічної ефективності лікування – ВН, у порівнянні з 2015 р., 15 %. Для досягнення третьої цілі (90% в стратегії Fast Track) необхідно, щоб до 2020 року для 3864 ЛЖВ, які отримуватимуть АРТ, лікування було ефективним (ВН було невизначуване).

Каскад демонструє прогалини у наданні послуг для ЛЖВ у Запорізькій області. Кількість зареєстрованих ЛЖВ в КУ «Центр СНІД» ЗОР становить 79,4% від оціночної чисельності. Із загальної кількості ЛЖВ, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, 59,3% отримують АРТ; з усієї сукупності ВІЛ-інфікованих на АРТ 68% мають пригнічення ВН. Отже, 40,3% осіб із диспансерної групи (1697 із 4209), або 32% від загалу оціночної чисельності ЛЖВ в області, отримують ефективне лікування.

Основні обмеження каскадного аналізу:

- До каскаду не включені діти, які перебувають на стадії уточнення діагнозу (155 осіб), серед них є певна кількість дітей, яким буде встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція».
- Дефініція «знають свій ВІЛ-позитивний статус» включає осіб, які знаходяться на МН; на цей показник впливає рівень охоплення диспансерним наглядом осіб із загальної кількості виявлених з позитивним результатом, який, наприклад, становив у 2013 р. – 75,6%, в 2014 р. – 80,2%, в 2015 р. – 79,6%, у 2016 р. – 89,9%.
- Із 398 пацієнтів на АРТ є певна кількість осіб, які не проходили обстеження та ВН яких має невизначуваний рівень.



Графік 6. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р.

4.3. Аналіз заходів Програми відповідно до 5-ти напрямків Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ)

Лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. АРТ

- Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Показник смертності серед ВІЛ-інфікованих є важливим виміром доступу до медичних та соціальних послуг для ЛЖВ, індикатором ефективності впливу здійснюваних заходів на наслідки епідемії. Зростання показників смертності від СНІДу є наслідком не лише несвоєчасного виявлення (а також реєстрації) ВІЛ-позитивних осіб, але й обмеження доступу до медичних послуг для ЛЖВ, по-перше, в тестуванні, по-друге, в охопленні АРТ. Показник 2016 р. перевищує цільовий, визначений обласною соціальною цільовою Програмою – 36,5%. Непоодинокі випадки виявлення ВІЛ-інфікованих пацієнтів в ОПТКД, інших обласних ЗОЗ вже на III–IV клінічних стадіях захворювання свідчать про «провали з діагностикою» на рівні ЦПМСД, ЦРЛ та ЦМЛ (Графік 3).

На тлі зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію в 2009–2016 рр. з 25,7 до 38,7 на 100 тис. нас. летальність від СНІДу щороку зменшується – з 48% у 2009 р. до 19,5 % у 2016 р. за рахунок збільшення абсолютної кількості ЛЖВ. Відтак при збільшенні кількості померлих від СНІДу загальний відсоток померлих зменшується.

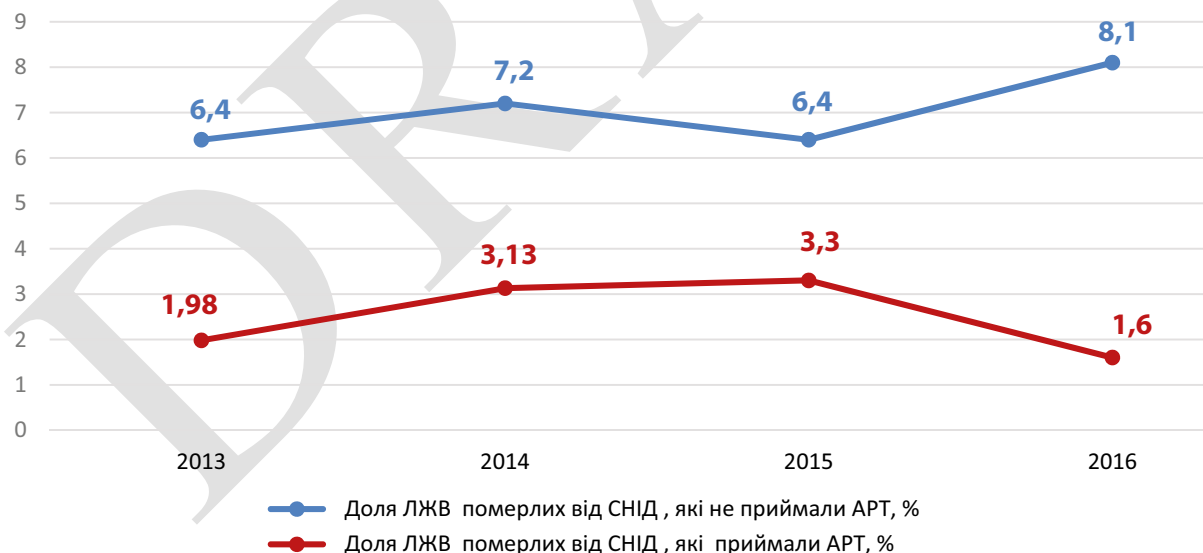
Призначення АРТ приводить до зниження летальності серед ВІЛ-інфікованих, у тому числі серед пацієнтів з ВІЛ/ТБ. Протягом 2009–2016 рр. відсоток ЛЖВ, яких було знято з обліку незалежно від причини смерті, має тенденцію до зниження і становив у 2016 р. 4,9%; відсоток ЛЖВ, яких було знято з обліку через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, зменшився з 3,8% до 3,4%.

Кількість смертей серед ЛЖВ через туберкульоз (ТБ) серед загальної сукупності смертей значно знизилася – з 61,2% у 2013 р. до 35,7% у 2016 р. При цьому також суттєво знизився відсоток смертей серед пацієнтів з ВІЛ/ТБ, які отримували АРТ – з 44,3% у 2014 р. до 17,4% у 2016 р. Іншими причинами смертності серед хворих на СНІД, крім ТБ, є множинні інфекційні захворювання – 30,1%, енцефалопатія – 4,9%, токсоплазмоз – 5,6%, пневмоцистна пневмонія – 4,9%, криптококковий менінгоенцефаліт – 9,8% (2016 р.).

Смертність серед ЛВІН призвела до зменшення їх частки на медичному обліку – з 36,8% у 2013 р. до 32,4% у 2016 р. Серед померлих ЛВІН отримували АРТ 17% у 2014 р. та 23,5% у 2016 р. Це свідчить що ЛВІН пізно розпочинають лікування і потребують залучення до АРТ через розширення соціальних програм та програми замісної підтримувальної терапії (ЗПТ). Станом на 1 січня 2017 р. серед 107 ЛЖВ/активних ЛВІН з опієюною залежністю отримували ЗПТ та АРТ 100 осіб.

Відсоток летальних випадків протягом 2013–2016 рр. серед ЛЖВ, які отримували АРТ, коливався в межах 1,6% – 3,3%. Частка чоловіків серед них змінювалася в межах 80,6%–87,5%. При цьому відсоток чоловіків, які померли внаслідок захворювань, пов'язаних із ВІЛ, знизився з 2,7% (2014 р.) до 1,4% (2016 р.), серед жінок цей відсоток коливався від 0,4% (2014 р.) до 0,2% (2016 р.), що свідчить про підвищення ефективності лікування АРТ.

Упродовж 2014–2016 рр. відсоток померлих ЛЖВ, які не отримували АРТ, залишався сталим і коливався у межах 6,4%–8,1%. Відсоток летальних випадків серед ВІЛ-інфікованих, які отримували АРТ, змінювався в межах 3,3%–1,6% (Графік 7).



Графік 7. Частка ЛЖВ, які померли через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, залежно від прийому АРТ, РЕН, 2013–2016 рр.

Серед померлих, які приймали АРТ, зріс відсоток ЛВІН – з 26,8% у 2014 р. до 57,5% у 2016 р. Це пов'язано з низькою прихильністю та недотриманням цими пацієнтами режиму прийому АРТ.

Протягом 2009–2016 рр. основною причиною смерті пацієнтів, які отримували АРТ, була ко-інфекція СНІД+ТБ. Доля померлих, які хворіли на ВІЛ/ТБ, зменшилася з 61,3% у 2013 р. до 30% у 2016 р. завдяки децентралізації АРТ, наближенню послуг з лікування до місць проживання ЛЖВ.

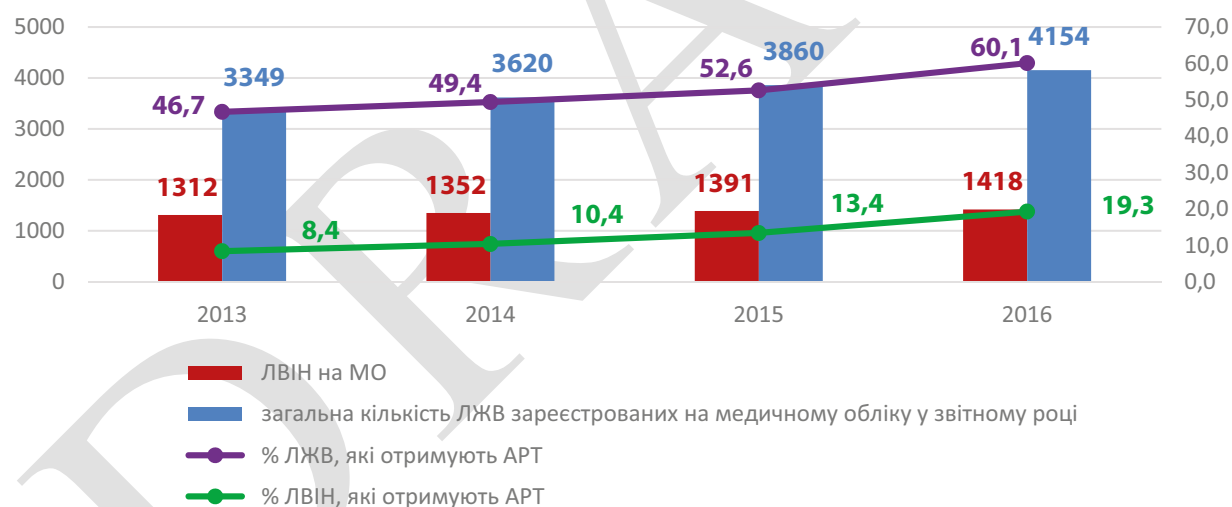
- Чи охоплені потрібні люди?

Серед ЛВІН та хворих на туберкульоз поступово зростає частка осіб, охоплених АРТ. Протягом 2013–2016 рр. частка ЛВІН, охоплених АРТ, від загальної кількості активних ЛВІН (Ф 56) зросла з 46,7% до 60,1%. Відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН, які знаходяться під медичним наглядом та отримують АРТ, є низьким, однак він стабільно зростає – з 7% від загальної кількості пацієнтів, які отримують АРТ, у 2013 р. до 11% у 2016 р.

Також поступово зростає охоплення антиретровірусною терапією ВІЛ-позитивних ЛВІН від загальної кількості ВІЛ-інфікованих ЛВІН, які знаходяться під медичним наглядом: з 8,4% у 2013 р. до 19,3% в 2016 р. (**Графік 8**).

Серед засуджених ЛЖВ відсоток тих, хто отримує АРТ, знизився з 70,3% у 2013 р. до 52,3% у 2016 р. Це пов'язано з реформуванням системи охорони здоров'я у службі ДКВС України.

Частка пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, які отримують АРТ, від загальної сукупності хворих на ВІЛ/ТБ, зросла з 76,3% у 2013 р. до 88,3% у 2016 р. Цьому сприяла децентралізація послуг з лікування та відкриття нових сайтів на базі КУ «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» ЗОР, Мелітопольського та Бердянського протитуберкульозних диспансерів.



Графік 8. Охоплення АРТ ЛЖВ та ЛВІН, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, РЕН, 2013–2016 рр.

Охоплення АРТ серед ВІЛ-інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ, залишається на рівні 90,5%–94,5%. Але відсоток ЛВІН з опіоїдною залежністю, охоплених послугами ЗПТ, відносно осіб, які перебувають під медичним наглядом через вживання опіоїдів, становить 11,5%.

Кількість ускладнень/побічних дій АРТ протягом 2013–2016 рр. коливався в межах 20–50 випадків (2,0–2,7% від тих, хто отримує АРТ).

Основними чинниками неотримання або відмови від АРТ є: вживання наркотичних препаратів, що є «більш важливим завданням у житті, ніж АРТ»; зміна умов життя – міграція, служба в армії, зміна місця роботи; необхідність приховувати свій діагноз або вживання наркотичних речовин від близького оточення чи в лікарнях; втому від прийому ліків, побічні дії ліків; відсутність підтримки з боку близького оточення або медичних працівників; відсутність якісного соціального супроводу та мотивації щодо лікування. В закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) не використовуються «приховані резерви»: взаємодія з об'єднаннями територіальних громад, які недостатньо інформовані про проблеми ВІЛ/СНІДу, але мають кошти.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі?

Незважаючи на те, що кількість сайтів АРТ протягом 2013–2016 рр. зросла і станом на 01.07.2017 р. була наявна в області в кількості 14, призначення АРТ не виконується у достатньому обсязі: не отримують АРТ за місцем проживання мешканці 13-ти районів області. Основне навантаження припадає на інфекціоністів Мелітопольського та обласного центрів СНІДу, які охоплюють специфічним лікуванням 47% пацієнтів усієї диспансерної групи регіону та 76,3 % ЛЖВ, які отримують АРТ.

Відсоток ЛЖВ, охоплених послугами догляду та підтримки, не має чіткої динаміки до збільшення, зважаючи на зростання показника поширеності ВІЛ-інфекції. Зареєстровано загальне зростання кількості осіб, охоплених послугами з догляду та підтримки (з 37,8% у 2013 р. до 56,6% у 2016 р.) за рахунок поширення послуг на сільські райони, де раніше представники неурядових організацій (НУО) не працювали. Інтегровані послуги з ВІЛ/ТБ надають п'ять ЗОЗ (до 2015 р. – три заклади) і два заклади – з ВІЛ/ТБ/ЗПТ.

- Чи виконуються ці заходи правильно?

Лабораторний супровід перебігу ВІЛ-інфекції та моніторинг ефективності лікування пацієнтів проводився нерегулярно, виключно в межах фінансування – за рахунок різних бюджетів і залежно від постачання тест-систем.

Відсоток обстежених на вірусне навантаження (ВН) ЛЖВ змінювався з 77,8% обстежень в 2014 р. до 96,11% у 2015 р. і 73,6% в 2016 р. Невизначуване ВН серед пацієнтів, які отримують АРТ, виявлено у 67,9%–69,8% хворих. Найбільше вибуття із АРТ спостерігалось протягом перших 12 міс. від початку лікування (25% серед усіх, хто розпочинав АРТ). Надалі зростання цього показника суттєво уповільнювалося. Основними причинами вибуття були пізній початок АРТ та низька прихильність до лікування, незручне територіальне розташування ЗОЗ, який видає препарати АРТ. Рівень отримання послуг догляду та підтримки протягом 2011–2016 рр. коливався в межах 37,8–56,6%.

- Чи правильними/релевантними є здійснювані заходи?

Для досягнення мети «90-90-90» у 2020 р. необхідно охопити лікуванням більше половини ЛЖВ. Розширення мережі сайтів АРТ наразі не відповідає потребам та епідемічній ситуації в регіоні. Без підтримки НУО, соціальних працівників неможливо буде досягти 90% ефективності лікування. Відсутність ефективної комунікації між ЛЖВ і медичними працівниками є основною причиною втрати зв'язку з пацієнтами та прихильності їх до лікування.

Фактичне фінансування АРТ з державного бюджету значно зменшилося. У перерахунку на долари маємо: з 920,3 тис. дол. у 2013 р. до 329,4 тис. дол. у 2016 р. Основними джерелами фінансування наразі є міжнародні організації. Однією із основних проблем організації лікування є не своєчасність поставок препаратів. Для прикладу: у 2015 р. за рахунок державного бюджету було поставлено 52% препаратів від квоти.

Навантаження на лікарів-інфекціоністів є нерівномірним. У 2016 р. воно складало в середньому 169 осіб на кожного лікаря, але фактично коливалося в межах від 50 до 1300 пацієнтів (м. Запоріжжя).

Перебої в постачанні препаратів виникали кожного року, але у зв'язку з тим, що фінансування програми АРТ здійснювалося також за кошти Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом, малярією (ГФ СТМ) та PEPFAR, хворим тимчасово надавалися препарати з цих фондів. Проте видавалися вони лише на кілька днів або тижнів. Хворих також тимчасово доводилося переводити на інші схеми лікування. Новим пацієнтам схеми призначалися за потреби. Така ситуація не сприяла сталій прихильності до лікування.

Резюме

Впроваджені заходи з лікування та догляду ЛЖВ свідчать про їх результативність: зменшення смертності та летальності від СНІДу. Упродовж останніх чотирьох років частка ЛЖВ, охоплених АРТ, зросла з 46,0% до 59,3%. Відсоток летальних випадків серед цієї категорії протягом 2013–2016 рр. знизився до рівня 1,6%. Суттєво знизився також відсоток смертності серед пацієнтів з ВІЛ/ТБ, які отримували АРТ – з 44,3% у 2014 р. до 17,4% у 2016 р.

На цьому тлі частка ЛЖВ, які померли через захворювання, обумовлені ВІЛ, та тих, хто не отримував АРТ, була стало високою – 72%. Недостатньо охопленими АРТ є особи, які потребують лікування, а саме ЛВІН та засуджені. Охоплення ЛВІН специфічним лікуванням в області є низьким. (11% у 2016 р.). Доступ до АРТ серед засуджених у закладах ДКВС за останні три роки погіршився, що пов'язано із змінами в системі виконання покарань. У зв'язку з відкриттям трьох сайтів АРТ в протитуберкульозній службі (ПТС) області покращилася система призначення АРТ та контроль за прийомом препаратів – 88% пацієнтів з ко-інфекцією отримали у 2016 р. АРТ та контрольоване лікування туберкульозу.

Частка ВІЛ-інфікованих «активних ЛВІН» з опіоїдною залежністю, які отримували АРТ і ЗПТ, залишається на рівні 90,5%–94,5%. Недостатнім є обсяг заходів з лікування та його підтримки. Найбільше осіб припиняє прийом АРТ протягом перших 12 міс. від початку лікування (25% серед усіх, хто розпочинав АРТ). Основними причинами були пізній початок АРТ та низька прихильність до лікування, незручне територіальне розташування ЗОЗ, який видає препарати АРТ, недостатня охопленість ЛЖВ послугами з догляду та підтримки (56%).

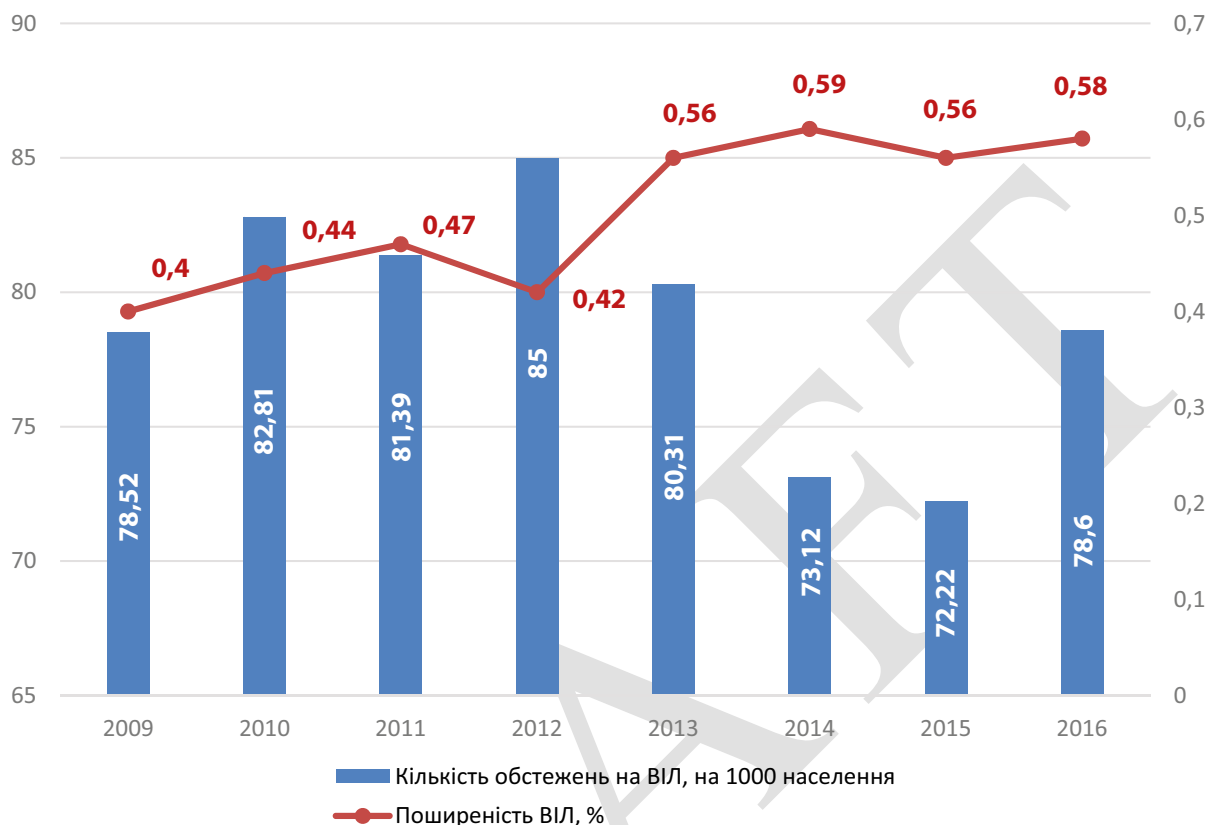
Впроваджені заходи з лікування виконуються правильно і є релевантними, проте недостатніми: ефективність АРТ доведена для 1697 пацієнтів (2016 р.). Невизначуване ВН серед пацієнтів, які отримують АРТ, встановлено у 69,8%–67,9% пацієнтів. В області не завершена робота щодо децентралізації послуг з АРТ. Необхідне подальше відкриття кабінетів «Довіра», у першу чергу в ЗОЗ м. Запоріжжя. Також невідкладною проблемою є введення в штат функціонуючих кабінетів «Довіра» соціальних працівників та психологів, які повинні взяти на себе відповідальність за формування та підтримку прихильності до АРТ у пацієнтів.

Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ)

- Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Заходи із залучення та виявлення ВІЛ-позитивних осіб, у т.ч. серед ключових груп населення, є основою для закриття прогалини першого показника «90» згідно з цілями ЮНЕЙДС «90-90-90», – це означає, що 90% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій статус. Послуги з КіТ в області забезпечують медичні працівники всіх рівнів надання медичної допомоги, соціальні працівники НУО, які впроваджують профілактичні проекти з компонентом асистованого те-

стування клієнтів організацій. Охоплення КіТ загального населення зменшувалося з 2013 р., але показники виявлення ВІЛ зростали, що свідчить про покращення якості надання послуг. Серед загального населення інфікованість ВІЛ упродовж дослідження коливалася в межах 0,42%–0,58% (Графік 9).



Графік 9. Динаміка обстеження на ВІЛ (на 1000 населення) та поширеності ВІЛ, %, серед загального населення, СЕМ код 100, 2009–2016 рр.

За даними каскадного аналізу, результатом КіТ стало залучення до медичного нагляду 78,4% ЛЖВ у віці 15+ від їх оціночної кількості, що недостатньо для досягнення перших 90% стратегії Fast Track.

Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції зріс з 38,7% у 2013 р. до 46,6% у 2016 р. Значення цільового індикатора у 2016 р. становило 36,5%. Цей показник серед ЛВІН, яких було взято під медичний нагляд на стадії СНІ-Ду, має більш високі значення – у 2016 р. частка цієї категорії ЛВІН склала 75%. Таким чином, існуюча система КіТ в ЗОЗ області наразі не забезпечує своєчасного виявлення та залучення до медичних послуг.

Рівень дискримінаційного ставлення до ЛЖВ/КГН медичних працівників ЗОЗ обмежує послуги не стільки з тестування, як з консультування щодо ризиків інфікування ВІЛ та заходів профілактики. Обмеження даних СЕМ пов'язано з тим, що в ЗОЗ практично не обстежують пацієнтів саме за кодами 105.2 (ПКС) та 103 (ЧСЧ). Дослідження, проведені Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, визначили рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ – 65%. 12% готові допустити ЛЖВ як колег або ближче, стільки ж (12%) готові допустити бісексуалів, 8% – трансгендерів, 7% – гомосексуалів, по 4% – СН та людей, які надають сексуальні послуги за гроші. (Обізнаність населення про епідемію ВІЛ в Україні 2016. GIZ GmbH. 2017. – С.62.)

- Чи охоплені потрібні люди?

В 303 області покращилася робота із залучення до КіТ представників груп ризику. Частка їх обстеження зросла з 13,9% у 2015 р. до 16,1% у 2016 р., кількість позитивних результатів на ВІЛ, відповідно, з 635 до 679. Питома вага позитивних результатів серед обстежених представників ключових груп населення, за даними СЕМ, становить 1,1%. Відсоток ЛВІН, охоплених КіТ, за даними БПД, зріс з 21,5% у 2009 р. до 43,9% у 2015 р., що недостатньо для забезпечення сталого доступу до тестування (цільове значення – 45%), але має сталу тенденцію до збільшення.

Частка осіб з уперше виявленими антитілами до ВІЛ серед ЛВІН від загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ зросла з 7,4% у 2013 р. до 12,8% у 2016 р. Показники поширеності ВІЛ серед ЛВІН значно нижчі за цільові показники (18,2% у 2013 р.) і значно нижчі за показники інфікованості ВІЛ серед ЛВІН по країні (19,7%).

Доля ПКС, охоплених КіТ, згідно результатів БПД, зросла з 15,7% у 2009 р. до 58,2% у 2015 р., але не досягла цільового значення (65%), проте щороку зростає.

Відсоток осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ПКС (код СЕМ – 105.2) від загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ коливався у межах 0,3%–0,7%. За даними БПД, загальна частка ПКС, які живуть з ВІЛ, в 10 разів вища за дані СЕМ і має тенденцію до зростання – з 4% у 2009 р. до 7,1% у 2015 р. Причиною, можливо, є те, що серед цієї категорії осіб достатньо високий відсоток наркозалежних: 16% респондентів вживали будь-коли наркотики ін'єкційним шляхом, 8% – за останні 12 міс. (Епідемія ВІЛ серед уразливих груп в Україні. Огляд вторинних даних. Київ, 2013. – С 24.)

Частка респондентів-ЧСЧ, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат, за даними БПД, зросла з 15,9% у 2011 р. до 46,6% у 2015 р. і досягла цільового значення (45%). Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ – 103) від загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ коливалася в межах 0,4%–1,4%. Практична цінність цих даних обмежена тим, що до Центрів СНІДу зверталися ЧСЧ – клієнти НУО з уже виявленим позитивним результатом на ВІЛ в швидких тестах (ШТ). З іншого боку – при зверненні в 303 чоловіки, які мають ризики, пов'язані із сексуальними відносинами з чоловіками, приховують свій статус і обстежуються під іншими кодами. За даними БПД, загальна частка ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, зменшилася з 4,9% у 2011 р. до 4,6% у 2015 р. і менша за цільовий показник 2013 р., який становив 7,9%.

Згідно даних СЕМ, відсоток засуджених, охоплених КіТ з використанням швидких тестів та ІФА, зменшувався: з 67,7% у 2013 р. до 60,1 % у 2016 р., найгірший показник обстеження у 2015 р. – 11,7%.

- Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі?

Протягом 2013–2016 років кількість 303, які надають послуги з КіТ, зросла з 65 до 87. Серед них 303 первинного рівня – 24 заклади, вторинного рівня – 49, третинного рівня – 20. До акушерсько-гінекологічної служби входить 29 підрозділів, протитуберкульозної – 7, наркологічної – 4, дерматовенерологічної – 3, служби трансфузіології – 4. В області функціонує два центри СНІДу, 28 кабінетів «Довіра», 4 НУО, які надають послуги з асистованого тестування на ВІЛ. Кількість 303, НУО та фахівців є достатньою для надання послуг з КіТ.

Незважаючи на це, якість консультування, зокрема пацієнтів з позитивним результатом на ВІЛ, низька, а інколи зовсім не надається. Відомі непоодинокі випадки, коли лікарі 303 перенаправляють пацієнтів з позитивним результатом на ВІЛ до центрів СНІДу, кабінетів «Довіра», не повідомляючи їм про позитивний результат їхнього тестування.

Високий рівень доступу до послуг з КіТ забезпечує ПТС. За даними e-TV Manager, відсоток хворих на ТБ, охоплених КіТ, коливається в межах 91,2%–97,3%.

Існують недоліки щодо надання послуг з КіТ в дерматовенерологічній, гінекологічній та наркологічній службах. Наркологи районних ЦРЛ практично не обстежують наркозалежних на ВІЛ. Лікарі шкірно-венерологічної та акушерсько-гінекологічної служб, як в ЗОЗ міст обласного значення, так і в ЦРЛ, не приділяють достатньої уваги щодо проведення діагностики ВІЛ серед хворих з клінічними проявами ВІЛ-інфекції. Відомі випадки, коли саме представникам КГН (за даними БО «Гендер Зед») було відмовлено у тестуванні на ВІЛ через те, що в закладі немає можливості відправити зразки крові на дослідження в КУ «Центр СНІД» ЗОР, та запропоновано пройти обстеження швидкими тестами на платній основі в анонімному кабінеті (ціна послуги – 80 грн.).

- Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги з тестування на ВІЛ в ЗОЗ, НУО є першим кроком в наданні континууму послуг (безперервних послуг) для ЛЖВ. Оцінити якість послуги з КіТ можна, проаналізувавши стан залученості осіб з позитивним результатом до медичного нагляду. Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд протягом чотирьох років, зросло з 73,1 % у 2013 р. до 90,9% у 2016 р.

Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було виявлено та взято протягом одного року під МН, зріс з 53,1% у 2013 р. до 71,4% у 2016 р., що стало результатом впровадження низки змін в роботі ЗОЗ області: розширення часу забору крові, широке впровадження ШТ; оптимізація клінічного маршруту пацієнта за принципом «один візит – всі дослідження»; включення до штату кабінетів «Довіра» соціальних працівників; розширення системи пошуку раніше втрачених пацієнтів та доведення їх до служби СНІДу з метою взяття на облік.

Відсоток КГН з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд, за даними програмного моніторингу, збільшився з 43% у 2013 р. до 116% у 2016 р. Перевищення показника понад 100% пов'язано з тим, що до МН залучаються клієнти профілактичних проектів, втрачених раніше.

Варто зазначити, що до КіТ не залучено заклади охорони здоров'я (КУ «Запорізький онкологічний диспансер» ЗОР, КУ «Обласний медичний центр репродукції людини» ЗОР, ЦПМСД Великобілозерського, Більмацького, Новомиkolaївського, Приазовського, Токмацького, Чернігівського районів) та центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (ЦСССДМ).

В більшості ЗОЗ області розроблено накази про визначення відповідальних щодо надання послуг з КіТ, паспорти кабінетів «Довіра», впроваджено клінічні маршрути пацієнтів з КіТ. Лікарі кабінетів «Довіра»/сайтів АРТ є наставниками локальних команд районів із впровадження Дорожньої карти «Покращення континууму ВІЛ-послуг для ЛЖВ в Запорізькій області». Щомісяця вони проводять аналіз щодо надання послуг з КіТ вузькими спеціалістами ЦРЛ, сімейними лікарями ЦПМСД. В центральних районних лікарнях, де впроваджено експрес-тестування, налагоджена система лінкет-менеджменту: оперативно відстежуються всі позитивні результати на ВІЛ, лікарі кабінетів «Довіра» організовують роботу щодо доведення до медичного обліку пацієнтів з ВІЛ. Впроваджено систему обліку та звітування в регіональному центрі МіО (РЦ МіО) щодо обстеження на ВІЛ партнерів в серодискордантних парах та отримання АРТ людьми, які живуть з ВІЛ.

Система супервізії як така, що рекомендована Наказом міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 19.08.2005 р. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію», існує у вигляді систематичного проведення тренінгів з питань ДКТ/КіТ, оперативного аналізу КіТ на рівні закладів, який проводять лікарі кабінетів «Довіра» та викладають результати на оперативних нарадах. Проте в ЗОЗ не впроваджена система спостереження за наданням послуг з консультування. В НУО супервізію, у т.ч. спостереження за якістю надання послуг з консультування та асистованого тестування, проводять безпосередньо керівники організацій.

- Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Існуюча система надання послуг з КіТ не повною мірою відповідає реальній епідситуації з ВІЛ/СНІДу в області. Протягом 2016 року в ЗОЗ практично 20 800 осіб обстежено з метою отримання довідок перед операційними втручаннями, встановлення опіки та всиновлення, а також для влаштування до геріатричних закладів, санаторіїв, що становить практично 27% від всієї кількості обстежених (без донорів та вагітних). Таким чином використовувати тести недоцільно як для діагностики, так і з фінансової точки зору.

Ситуація щодо вперше виявлених ЛЖВ на рівні обласних закладів свідчить про неухвалу лікарів до проведення диференційної діагностики, незнання переліку клінічних показань для тестування на ВІЛ (Наказ МОЗ від 11.05.2010 №388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції») в ЦПМСД, ЦРЛ та ЦМЛ. Лікарі пропускають симптоми ВІЛ-інфекції у хворих, яких через декілька місяців, або навіть років, виявляють в закладах вторинної та третинної медичної допомоги на III–IV клінічних стадіях захворювання. Як наслідок – пізні призначення АРТ та неефективне лікування. Основні причини втрат пацієнтів – відсутність відповідальності у деяких лікарів ЗОЗ, які виявили пацієнтів з позитивним результатом, але не допомогли переадресувати їх до центрів СНІДу, кабінетів «Довіра».

Щороку зростає частка осіб, протестованих швидкими тестами: з 4,3% у 2013 р. до 14% у 2016 р. Саме забезпеченість ЗОЗ швидкими тестами полегшує доступ ключових груп населення до КіТ і є основним мотиваційним фактором для залучення до тестування та попереджує втрати пацієнтів під час взяття на медичний облік. Особливо бракує ШТ в амбулаторіях загальної практики сімейної медицини (АЗПСМ), що обмежує доступ до КіТ мешканців села. Представники КГН, побоюючись стигми під час звернення до ЗОЗ, відмовляються від розкриття.

Відсоток фактичного фінансування заходів КіТ обласної Програми від запланованого коливався від 44,5 % в 2013 р. до 63,6 % у 2014 р. і знизився до 52% у 2016 р. За рахунок державного бюджету забезпечувалося фінансування тест-систем для підтверджувальних досліджень, тестування на ВІЛ вагітних, донорів. У 2013 році квота за кошти державного бюджету була виконана на 100%, у 2016 р. – на 5%.

Фінансування заходів КіТ обласної Програми відбувалося за рахунок бюджетів ЗОЗ на утримання установ. Відсоток фактичного фінансування від запланованого зростає: з 34% у 2013 р. до 69,7% у 2016 р.

Лабораторія діагностики ВІЛ-інфекції та опортуністичних захворювань КУ «Центр СНІД» ЗОР використовує для скринінгу тест-системи Рекомбінант ВІЛ1/2 МБА, ДІА ВІЛ1/2 ДіаПрофМед, закуплені за кошти місцевого бюджету згідно технічного обґрунтування для тендерної закупівлі та після проведення торгів через систему «ProZorro». Genscreen Ultra HIV Ag-Ab BIO-RAD для вагітних – поставка за рахунок Держбюджету. Постачання швидких тестів на ВІЛ відбувається за рахунок фонду Вільяма Дж. Клінтона, Фондації АНТИСНІД США в Україні, Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом, малярією (ГФ СТМ). Скринінгове тестування в ЗОЗ проводиться з використанням тестів SD Bioline, Alere Determine HIV, Фармаско; підтверджувальні – Профітести. Перебоїв у постачанні підтверджувальних тест-систем не було. Тест-набори для проведення досліджень методом імунного блоту з коротким терміном використання поставлені у визначені строки; тест-систем для визначення антигену ВІЛ р 24 не вистачало.

Процес аналізу повноти та оцінки надання якісних послуг з КіТ впроваджено на рівні наказів Департаменту охорони здоров'я (ДОЗ) від 16.09.2015 № 339 адм. «Про надання організаційно-методичної і консультативної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу», від 13.03.2012 № 201 «Про організацію та проведення зовнішньої супервізії, моніторингу та оцінки добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію в Запорізькій області», від 20.11.2015 № 1144 «Про впровадження моделі покращення якості ВІЛ-послуг у Запорізькій області», які передбачають зовнішній моніторинг послуг з КіТ спеціалістами КУ «Центр СНІД» ЗОР.

В області впроваджена електронна система звітності по наданих послугах з КіТ/ДКТ, Ф № 3 – Наказ МОЗ від 11.05.2010 №388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».

Проведення електронної медичної інформаційної системи ВІЛ (МІС-ВІЛ) на базі всіх ЗОЗ області дозволить оперативно відслідковувати позитивні результати на ВІЛ та не втрачати пацієнтів на етапі взяття на медичний облік.

Резюме

Впродовж останніх років впроваджені заходи щодо підходів з КіТ привели до позитивних змін. Зростає показник виявлення ВІЛ серед обстежених, збільшується частка представників КГН, залучених до надання послуг з консультування та тестування в ЗОЗ області, наприклад: серед – ЛВІН з 21,5% у 2009 р. до 43,9% у 2015 р., серед ПКС – з 15,7% у 2009 р. до 58,2% у 2015 р. Зростає доля виявлених осіб з ВІЛ серед представників КГН, в першу чергу – ЛВІН. Зростає частка пацієнтів, які звертаються в службу СНІДу для подальшого медичного нагляду. Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд, зросло з 73,1 % у 2013 р. до 90,9% у 2016 р., що є свідченням охоплення потрібних осіб послугами КіТ.

В області існує розвинута система ЗОЗ трьох рівнів та НУО, які спроможні надавати послуги з КіТ в достатньому обсязі. Протягом останніх чотирьох років кількість ЗОЗ, лікарі яких проводять тестування на ВІЛ, зросла з 65 до 87 саме за рахунок закладів первинного рівня надання медичних послуг. Таким чином, послуги з КіТ наближені до місць проживання мешканців районів, селищ області, проте не в достатній кількості. Впроваджено систему залучення партнерів ЛЖВ до медичного нагляду.

Заходи з КіТ не завжди є правильними та релевантними: щороку до 27% пацієнтів ЗОЗ обстежуються заради отримання довідок, що є недоцільним як для діагностики ВІЛ-інфекції, так і з огляду на фінансову ефективність використання тест-систем. Статистичні дані свідчать про те, що діюча система КіТ в ЗОЗ, по-перше, не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ, особливо представників ключових груп населення. Зростає частка пацієнтів, виявлених на III–IV стадіях ВІЛ-інфекції. По-друге, практично 20% ВІЛ-позитивних осіб, виявлених щороку в ЗОЗ області, все ще залишаються без медичного нагляду.

Дискримінація щодо представників КГН, у т.ч. з боку медичних працівників ЗОЗ, залишається однією із головних перепон отримання послуг з КіТ.

Ефективно щодо надання послуг з КіТ працює ПТС, де відсоток хворих на ТБ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, коливається в межах 91,2%–97,3%. Зросла частка НУО області в наданні якісних послуг з КіТ саме для представників КГН та їхніх партнерів. Натомість погіршилася система надання послуг з КіТ в дерматологічній службі.

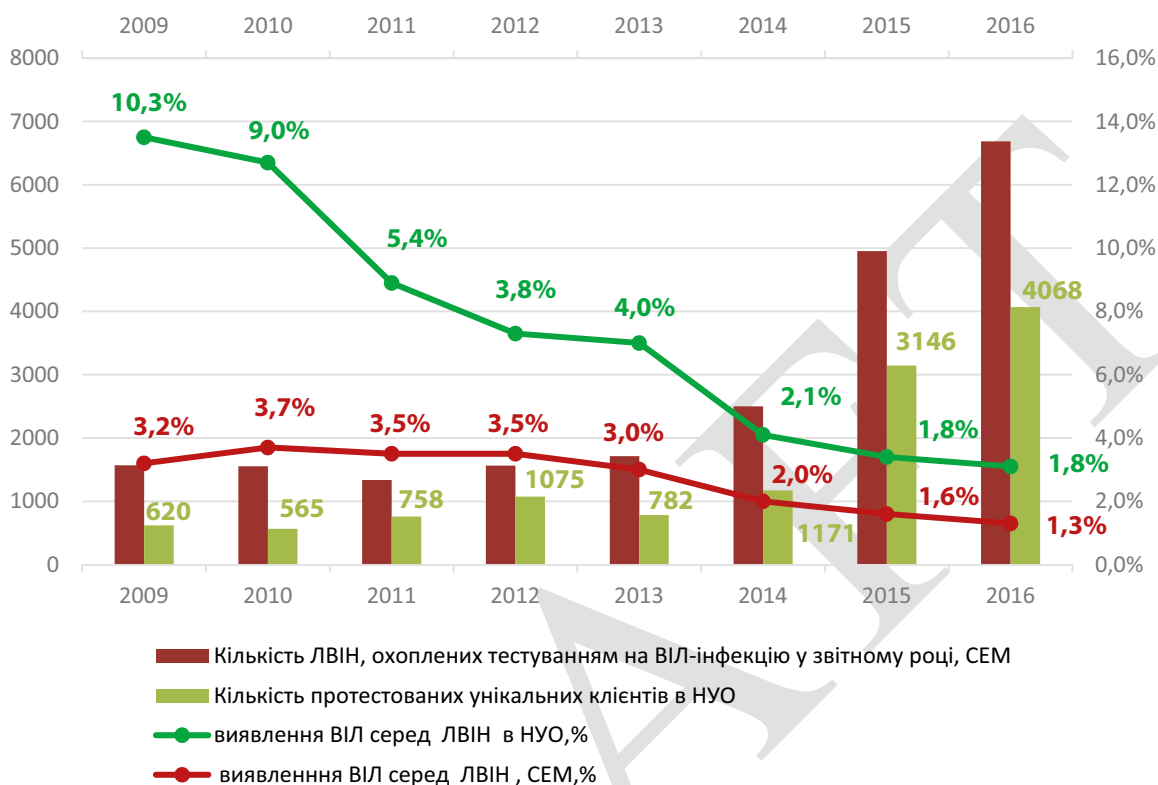
Діюча система забезпечення тестовими системами діагностики ВІЛ протягом останніх восьми років забезпечувала безперебійний доступ до тестування загального населення. Фінансування заходів КіТ обласної Програми відбувалося за рахунок бюджетів ЗОЗ на утримання установ. Відсоток фактичного фінансування заходів КіТ від запланованого зростав з 34% у 2013 р. до 69,7% у 2016 р.

Люди, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН)

- Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Епідемічна ситуація в області концентрується в першу чергу в спільноті людей, що вживають ін'єкційні наркотики. Представники ЛВІН залишаються основною ключовою групою епідемії. Завдяки профілактичним втручанням, які реалізують НУО області, за останні роки досягнуто значного прогресу на шляху подолання ВІЛ/СНІДу серед цієї групи, але і в подальшому ЛВІН залишатимуться в фокусі епіднагляду (ЕН) за ВІЛ-інфекцією.

На тлі зростання кількості ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію в закладах охорони здоров'я та НУО, рівень виявлення ВІЛ серед ЛВІН зменшився – з 3% у 2013 р. до 1,3% у 2016 р. Поступово зменшувалася частка ЛВІН з позитивним результатом тестування від загальної кількості протестованих ЛВІН в НУО (Благодійна організація (БО) Благодійний Фонд (БФ) «Сподівання», БО «БФ «Все можливо») – з 10,3% у 2009 р. до 1,8% у 2016 р. (Графік 10).



Графік 10. Охоплення тестуванням на ВІЛ та результати виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, 2009–2016 рр., за даними СЕМ та результатами КіТ в НУО.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (за даними БПД) протягом восьми років коливалася від 10,3% у 2009 р. до 2,2% у 2013 р., в 2015 р. знову зареєстровано зростання поширеності ВІЛ до 8,7%. Ці показники значно нижчі за цільові (18,2% у 2013 р.) і нижчі за показники інфікованості ВІЛ серед ЛВІН по країні (19,7%), (джерело даних «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів», 2015 рік. МБФ «Альянс громадського здоров'я»). Інфікованість наркозалежних у віковій категорії 15–24 роки з 2009 по 2013 рік нестабільна і складала: у 2009 р. – 9,9%, в 2011 р. – 0%, у 2013 р. – 12,6, за 2015 р. – немає даних. Але цей показник перевищує цільові значення 2018 р. – 3,5%. Саме у цій віковій категорії інфікованість ВІЛ вища за загальні показники інфікованості у цій групі.

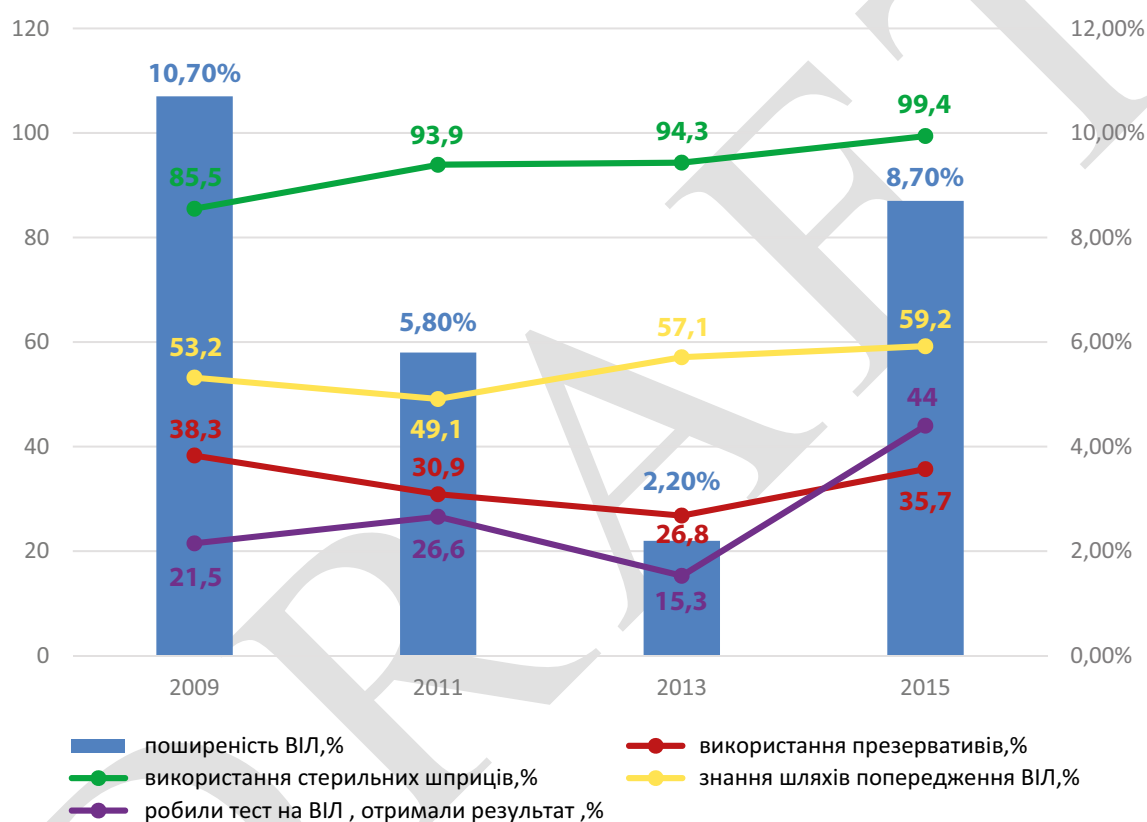
- Чи охоплені потрібні люди?

Кількість ЛВІН, охоплених профілактичними програмами щороку зростає – з 3137 у 2013 р. до 5884 у 2016 р. і перевищує цільові показники, визначені обласною Програмою (3735 осіб). Частка охоплених ЛВІН від оціночної кількості (11 700) зросла до 50,3% у 2016 р. Доступ до послуг та рівень їх використання ЛВІН визначається за основними трьома запитаннями під час БПД. Відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального кон-

такту, коливався від 38,3% у 2009 р. до 26,8% у 2013 р.; у 2015 р. показник знову зріс до 35,7%, проте становив менше половини ЛВІН.

Практика використання ЛВІН стерильної голки та шприца під час останньої ін'єкції наркотику, за результатами БПД, зростає з 85,5% у 2009 р. до 99,4% у 2015 р. Але отримані результати мають певні обмеження у зв'язку з тим, що це запитання передбачає соціально очікувану відповідь. Близько половини ЛВІН отримували ін'єкцію з уже наповненого шприця і не бачили, як він наповнюється, третина використовували спільне обладнання або матеріали для розподілу чи приготування наркотику. Таким чином, ризики інфікування серед ЛВІН залишаються на високому рівні.

Збільшився відсоток ЛВІН, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними БПД, **графік 11**), з 53,2% у 2009 р. до 59,2% у 2015 р. та відповідає загальним показникам по країні.



Графік 11. Поширеність ВІЛ серед ЛВІН, рівень використання профілактичних послуг, за даними БПД, 2009–2015 рр.

- Чи здійснюються заходи у достатньому обсязі/масштабі?

Частка ЛВІН, охоплених профілактичними програмами, від оціночної кількості зростає з 23% у 2013 р. до 50,3% у 2016 р. Зростає також кількість ЛВІН, які отримують ЗПТ: з 223 осіб у 2013 р. до 323 осіб у 2016 р. Відсоток ЛВІН, які мають залежність від опіоїдів та отримують послуги із ЗПТ, від оціночної кількості ЛВІН, залежних від опіоїдів, помірно зростає: з 2,77% у 2013 р. до 4,01% у 2016 р., але не відповідає завданням обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр. (35%).

Недостатній рівень видачі необхідної кількості шприців на рік на одного ЛВІН є наслідком відсутності постійно діючих профілактичних програм в районних центрах. Середня кількість шприців на одного ЛВІН (оціночна кількість ЛВІН в області – 11 700 осіб) зростала з 24 штук на рік у 2013 р. до 59 штук у 2016 р. Згідно даних БПД 2015 р., 50% ЛВІН купують шприци в аптеках. Кількість пунктів, які здійснюють обмін, роздачу стерильних шприців та презервативів, змінилася не суттєво: у 2013 р. їх було 26, у 2016 р. – 31. В регіоні проблемним питанням є утилізація зібраних шприців. Є потреба адвокації безкоштовної утилізації на обласному рівні.

Чи здійснюються заходи правильно?

В області працюють три НУО та одна громадська організація (БФ «БО «Сподівання», БО «Мережа 100 відсотків життя. Запоріжжя», БО «БФ «Все можливо», обласна організація Товариство Червоного Хреста), які були залучені до розробки обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр. і протягом останніх 15 років проваджують профілактичні програми для ЛВІН. Послугами проектів з профілактики охоплені ЛВІН та їхні партнери – мешканці обласних міст: Запоріжжя, Мелітополь, Бердянськ, Енергодар. Наркозалежні районних центрів та селищ профілактичними програмами практично не охоплені, за винятком днів, коли в районний центр виїжджає мобільна амбулаторія. Одна з причин – відсутність людських ресурсів, які можна залучити до профілактичних проектів саме в районних центрах (представники спільноти ЛВІН – які б могли бути аутричерами в програмах профілактики).

Всі НУО надають послуги ЛВІН щодо асистованого тестування на ВІЛ та гепатити. Між НУО та центрами СНІДу налагоджена співпраця щодо супроводу клієнтів профілактичних програм з виявленим первинним результатом на ВІЛ до спеціалізованих закладів з метою взяття їх на МН з використанням відривних талонів. Відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування на ВІЛ, яких було взято під МН, від кількості виявлених з позитивним результатом зросла з 34% у 2013 р. до 120% у 2016 р. завдяки залученню до медичного обліку клієнтів, раніше втрачених і не доведених до центрів СНІДу у 2014 та 2015 рр. На базі КУ «Центр СНІД» ЗОР працює консультативний кабінет БФ «БО «Сподівання», де проваджується проект зі зменшення шкоди, а саме із компонентом видачі мінімального пакету. Послуги зі зменшення шкоди, ЗПТ та видача препаратів АРТ хворим на ВІЛ/ТБ надаються на базі КУ «Обласний протитуберкульозний клінічний диспансер». Одразу при взятті на медичний облік ЛВІН переадресовуються до соціальних працівників та психологів закладу або соціальних працівників НУО з метою подальшого кейс-менеджменту лікування пацієнтів, у т.ч. підтримки прихильності до АРТ. Фахівцями КУ «Центр СНІД» ЗОР спільно із соціальними працівниками НУО розроблено і наразі впроваджується «Алгоритм формування та підтримки прихильності до медичного спостереження та лікування АРТ».

Проекти ЗПТ працюють на базі п'яти ЗОЗ області: «Обласний наркологічний клінічний диспансер», «Запорізький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом», Мелітопольський психіатричний диспансер, Бердянський психо-неврологічний диспансер, КУ «Обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» ЗОР. З 2010 по 2013 рік програми профілактики ВІЛ впроваджувалися також ЦСССДМ в чотирьох містах області (Запоріжжя, Енергодар, Токмак, Вільнянськ), фінансування їх здійснювалося за рахунок субвенцій місцевого бюджету та Фонду народонаселення.

- Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Результати СЕМ свідчать про ефективність програм зменшення шкоди в області. Попри деякі особливості наркосцени в м. Запоріжжя (наркосцена вкрай закрита, продаж наркотиків через телефонні замовлення та «закладки»), вдається утримати в профілактичних програмах значну кількість ЛВІН. Зокрема, забезпечена робота шести стаціонарних, одного мобільного,

шести вуличних консультативних пунктів для ЛВІН та ПКС, пунктів вторинного обміну шприців, 18 аутріч-маршрутів. Існують проблеми із залученням до програми зменшення шкоди молодих/нових ЛВІН. Клієнти профілактичних проектів вказують на неможливість отримати медичну допомогу в повному обсязі, особливо в хірургічних відділеннях ЗОЗ через дискримінацію з боку лікарів. Існує ціла низка проблем, пов'язаних з наданням лікування наркозалежним. У Запоріжжі відкрився Центр комерційного лікування препаратами ЗПТ. На думку фахівців, які працюють в профілактичних програмах, у т.ч. програмах ЗПТ в ЗОЗ області, комерційний Центр ЗПТ – це «перерозподіл наркобізнесу». Доступ ЛВІН до ЗПТ обмежено через обмежений план взяття нових пацієнтів у програму, закупівля препаратів не фінансується з обласного бюджету, працює п'ять сайтів ЗПТ, з них лише один інтегрованого лікування ТБ/ВІЛ-інфекції/ЗПТ на базі КУ «Обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» ЗОР, де забезпечено контрольоване лікування пацієнтів. Соціальний супровід клієнтів цих програм забезпечують працівники БО «Мережа 100 відсотків життя. Запоріжжя» та БО «БФ «Все можливо».

Низький рівень прихильності ВІЛ-інфікованих ЛВІН до АРТ, порушення схем прийому препаратів, відмова від лікування пов'язані з відсутністю мотивації до лікування ВІЛ-інфекції. На тлі того, що частка ЛВІН на медичному обліку має тенденцію до зменшення (з 37% у 2013 р. до 32% у 2016 р.), відсоток ЛВІН серед померлих ВІЛ-інфікованих осіб, які приймали АРТ, зріс з 26,8% у 2014 р. до 57,5% у 2016 р. З 2016 року НУО БО «Мережа 100 відсотків життя. Запоріжжя», БО «БФ «Все можливо», БО «БФ «Сподівання» впроваджують відповідні інтервенції для ЛВІН, ЛВІН/ЛЖВ – «Крок до життя», «Школа пацієнта», які передбачають мотиваційні бонуси для клієнтів, що сприяє підтримці прихильності до АРТ. Доступ ЛВІН до програм ресоціалізації та реабілітації забезпечується за рахунок переадресації клієнтів профілактичних програм до Центру «Преображение», «Вихід є», Центр при монастирі святого Сави Освяченого, «Дім милосердя» та ін.

З метою вибору схеми АРТ для людей, які живуть з ВІЛ, у т.ч. ЛВІН, проводяться дослідження на маркери вірусних гепатитів В і С (ВГВ, ВГС). Протягом 2016 р. обстежено на ВГВ – 2666 осіб, на ВГС – 2685 осіб. Охоплено обстеженням на наявність маркерів ВГС – 590 осіб з уперше в житті встановленим діагнозом, ВГВ – 589 осіб. Лікарями кабінетів «Довіра» започатковано систему обстеження вперше виявлених пацієнтів на маркери гепатитів одночасно із взяттям крові на підтверджувальне дослідження CD-4. Проліковано осіб з ВГС – 60.

Соціальними працівниками БО «Мережа 100 відсотків життя. Запоріжжя» у семи виправних колоніях Запорізької області та двох слідчих ізоляторах (СІЗО) надаються індивідуальні й групові консультації, проводяться інформаційні заняття, перегляди профілактичних фільмів, заходи щодо мотивування до проходження тестування на ВІЛ, формування навичок здорового способу життя, популяризація використання презервативів, лубрикантів, дезінфектантів. Охоплено 2345 осіб, практично чверть тих, хто відбуває покарання в закладах ДКВС області.

Основним стратегічним документом, спрямованим на профілактику ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, є обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр., у 2015 р. підписана та впроваджена в дію Дорожня карта з континууму ВІЛ-послуг в області, яка передбачає доступ ключових груп населення до послуг з КіТ, медичного обслуговування та підтримки прихильності до лікування. Розроблено, але наразі не підписано Меморандум про взаєморозуміння і співпрацю між Запорізькою обласною державною адміністрацією та МБФ «Альянс громадського здоров'я».

Протягом 2010–2013 рр. програми профілактики для ЛВІН, які фінансувалися з обласного бюджету, виконувалися працівниками міських та районних ЦСССДМ, за винятком 2012 р. Програми профілактики ВІЛ для ЛВІН, які впроваджують НУО, фінансуються тільки за рахунок міжнародних фінансових організацій, у першу чергу ГФ СТМ, CDC, Фонд Вільяма Дж. Клінтона, та забезпечуються презервативами, лубрикантами, голками та шприцами, швидкими тестами на ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), інформаційно-освітніми матеріалами (ІОМ) на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН. На обласному рівні немає адекватної системи забезпечення мінімальним пакетом послуг для ЛВІН. Обсяги фінансування профілактичних програм для ЛВІН зростали з 1743,5 тис. грн. у 2013 р. до 4125,4 тис. грн. у 2016 р. Однак через

девальвацію гривні сума видатків зменшилася з 230,3 тис. дол. у 2013 р. до 161,2 тис. дол. у 2016 р. З урахуванням зростання охопленості профілактичними програмами ЛВІН витрати на одного ЛВІН зменшилися, відповідно, з 85,5 до 27,4 дол. (Графік 12). У 2017 році Запорізька ОДА в особі представника ДОЗ ОДА відмовилася підписати Меморандум про взаєморозуміння та співпрацю з МБФ «Альянс громадського здоров'я» на підставі відсутності в області програм протидії туберкульозу та гепатитів, а також незавершеної роботи щодо реформування територіальних округів, що ускладнить подальше провадження і ефективну реалізацію профілактичних заходів серед КГН.



Графік 12. Охоплення профілактичними програмами ЛВІН та сума видатків на одного ЛВІН (у дол. еквіваленті), програмний моніторинг, 2013–2016 рр.

Резюме

Заходи щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (провадження профілактичних програм, які виконують НУО області) привели до змін, а саме: поширеність ВІЛ серед ЛВІН, протестованих в НУО, знизилася з 10,3% у 2009 р. до 1,8% у 2016 р. За результатами БПД, рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН коливався від 10,3% у 2009 р. до 2,2% у 2013 р.; у 2015 р. знову зареєстровано зростання поширеності ВІЛ до 8,7%, проте це значно нижче за цільові показники (18,2%) і значно нижче за показники інфікованості ВІЛ серед ЛВІН по країні.

Результати БПД свідчать про те, що охоплені потрібні люди – зростає рівень використання стерильного обладнання, презервативів, а також знань про шляхи попередження ВІЛ-інфекції.

Але ці заходи є недостатніми: рівень охоплення ЛВІН профілактичними програмами у 2016 р. досяг лише половини, що недостатньо для припинення епідемії ВІЛ-інфекції серед наркозалежних. Відсоток ЛВІН, які знаходяться в програмі ЗПТ (від оціночної кількості ЛВІН, залежних від опіоїдів), досяг 4% при цільових показниках Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. 35%. Кількість шприців на одного ЛВІН на рік також вкрай недостатня для попередження передачі ВІЛ в спільноті. До того ж, 50% ЛВІН змушені купувати шприци в аптеках.

У регіоні проблемним питанням є утилізація зібраних шприців, що унеможливорює якісні послуги саме з їх обміну. Існує потреба адвокації безкоштовної утилізації на обласному рівні.

Впродовж 2014–2016 рр. програми профілактики ВІЛ серед ЛВІН з обласного бюджету не фінансувалися.

Працівники, які надають сексуальні послуги за винагороду (ПКС)

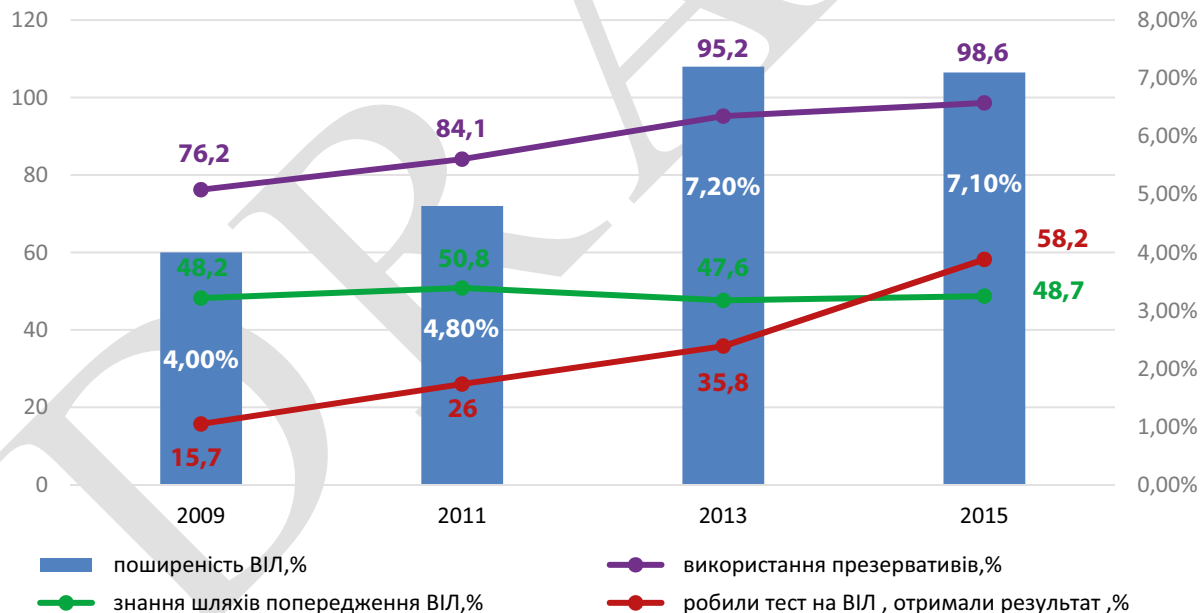
- Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Представники ПКС, як і раніше, залишаються однією із найбільш закритих груп ключових груп населення. З іншого боку, саме ПКС є постійним джерелом «постачання» інфекцій, що поширюються статевим шляхом, у т.ч. ВІЛ, в середовище загального населення.

Інфікованість ВІЛ серед ПКС за останні чотири роки зменшилася: з 1,15% у 2013 р. до 0,29% у 2016 р. (СЕМ). Зменшилася також поширеність ВІЛ за результатами тестування в НУО – з 8,5% у 2009 р. до 0,52% у 2016 р. Натомість, за даними БПД, загальна частка ПКС, які живуть з ВІЛ, має тенденцію до зростання – з 4% у 2009 р. до 7,1% у 2015 р. (за рахунок ПКС старше 25 років), і цей показник більший за цільовий 2013 р., який становив 4,4%. У віковій категорії 15–24 роки рівень інфікованості ВІЛ зменшується.

Чи охоплені потрібні люди?

Доступ до послуг та рівень їх використання ПКС визначається за основними трьома запитаннями під час БПД. Відсоток ПКС, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, зростав від 76,2% у 2009 р. до 98,6% у 2015 р. Частка ПКС, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. та знають свої результати, зросла з 15,7% у 2009 р. до 58,2 у 2015 р. Відсоток ПКС, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, достатньо стабільний і коливався у межах 47,6%–50,8% (Графік 13).



Графік 13. Поширеність ВІЛ серед ПКС, рівень використання профілактичних послуг, за даними БПД, 2009–2015 рр.

- Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі? Кількість ПКС, охоплених профілактичними програмами, зросла з 329 осіб у 2012 р. (13,2% від оціночної кількості ПКС) до 902 осіб у 2016 р. (36,1% від оціночної кількості ПКС) і недостатня для забезпечення попередження подальшого інфікування ВІЛ серед цієї цільової групи.

Достатність обсягу профілактичних програм визначається забезпеченням ПКС презервативами: середня кількість виданих презервативів на одну особу, залучену до діяльності НУО, коливалася протягом останніх років – від 74 у 2014 р. до 153 у 2016 р. Середня кількість презервативів у рік на одного ПКС (від оціночної кількості ПКС) зросла з 18 штук у 2013 р. до 55 у 2016 р. До того ж, 30% ПКС купують презервативи. Протягом одного місяця РКС у середньому мали п'ятьох постійних та 53 непостійних клієнти, одного постійного та чотирьох випадкових сексуальних партнерів (БПД, 2015 р.).

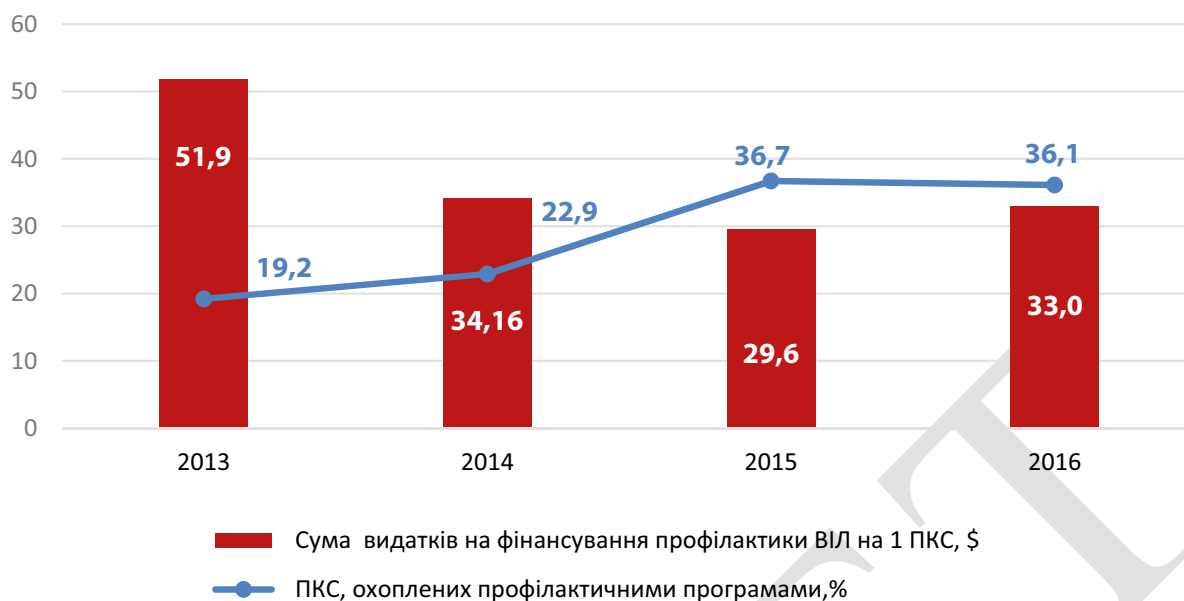
Чи здійснюються ці заходи правильно?

За останні роки кількість пунктів, на яких проводять видачу презервативів та надають послуги з профілактики ПКС, зросла з 10 у 2013 р. до 33 у 2016 р. Профілактичні проекти для ПКС впроваджують БО «БФ «Сподівання» та БО «БФ «Все можливо», які були залучені до розробки обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр., надають послуги в трьох містах області – Запоріжжі, Мелітополі, Бердянську. Всі проекти охоплюють послугами, крім основної групи, клієнтів ПКС. До базового пакету послуг входить компонент асистованого тестування на ВІЛ (в мобільній амбулаторії, на квартирах), перенаправлення клієнток в кабінет «Довіра» КУ «Обласний шкірно-венерологічний диспансер» ЗОР для тестування на ІПСШ, лікування виявлених хвороб. За потреби з метою огляду клієнток проекту залучаються лікарі обласного та Мелітопольського центрів СНІДу – гінекологи, дерматовенерологи. В інших ЗОЗ представники спільноти ПКС можуть звертатися як мешканці даної території обслуговування, без визначення її приналежності до даної КГН.

- Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

З метою надання комплексу профілактичних послуг, адекватних епідеміологічній характеристиці ВІЛ-інфекції, у 2012 р. вперше було затверджено оціночну кількість ПКС на рівні області та обласного центру – 2500 та 2300 відповідно. До пакету послуг увійшло розповсюдження презервативів (як чоловічих, так і жіночих), лубрикантів, дезінфікуючих засобів, ІОМ, консультування із безпечної сексуальної поведінки, тестування на ВІЛ, ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз), гепатити. У разі позитивного результату на ВІЛ клієнт проекту перенаправляється до Центру СНІД або кабінету «Довіра» з метою подальшого обстеження та взяття на медичний облік за системою відривних талонів. У 2016 році залучено до медичного обліку ПКС з ВІЛ-позитивним результатом, які були виявлені протягом 2014 та 2015 рр. БО «БФ «Сподівання» впроваджує проект з попередження насильства серед ПКС, а також проект з профілактики ВІЛ, тестування та лікування молоді і жінок, що перебувають у конфлікті із законом.

У видатки на фінансування профілактики ВІЛ для ПКС у 2010–2013 рр. в рамках обласної програми планувалося включити кошти на закупівлю лише презервативів, але й ці заходи не були профінансовані. Реалізація профілактичних програм здійснювалася за рахунок фінансування ГФ СТМ. Щороку фінансування зростало – з 197,3 тис. грн у 2013 р. до 763,3 тис. грн у 2016 р. (Графік 14).



Графік 14. Охоплення профілактичними програмами ПКС та сума видатків на одного ПКС, програмний моніторинг, дол., 2013–2016 рр.

Фінансування заходів протягом 2013–2016 рр. зросло практично у 3,8 раза. Але з урахуванням інфляції в країні та зростання курсу долара фінансування заходів протидії ВІЛ-інфекції для ПКС, які реалізують НУО, зросло з 24,9 тис. дол. у 2013 р. до 29,8 тис. дол. у 2016 р. Також з урахуванням зростання охоплення програмами ПКС на одного представника цієї спільноти у 2013 р. було виділено 51,9 дол., у 2016 р. – 33 дол.

Варто зазначити, що у регіоні система забезпечення презервативами, лубрикантами, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ПКС не розгалужена, діє тільки на території трьох міст області, і то лише за рахунок роботи соціальних працівників двох НУО.

Резюме

Профілактичні програми для ПКС в області впроваджують дві неурядові організації – БО «БФ «Сподівання» та БО «БФ «Все можливо». Заходи, які реалізують соціальні працівники цих організацій, привели до змін: інфікованість ВІЛ серед ПКС за останні роки зменшилася – з 1,15% у 2013 р. до 0,29% у 2016 р. Зменшилася також інфікованість ВІЛ за результатами тестування в НУО – з 8,5% у 2009 р. до 0,52% у 2016 р.

Послугами проектів охоплюється все більше ПКС і впроваджені заходи є правильними: зросла кількість клієнтів, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, а також частка ПКС, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. та знають свої результати. Натомість обсяг наданих послуг є недостатнім, що впливає на рівень розповсюдження ВІЛ в спільноті: кількість виданих презервативів на одну особу з цієї спільноти досягла у 2016 р. 153 шт.

За даними БПД, загальна частка ПКС, які живуть з ВІЛ, має тенденцію до зростання – з 4% у 2009 р. до 7,1% у 2015 р. Причина в тому, що серед ПКС до 16% жінок є активними ЛВІН, тобто вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів, а також що до БПД долучилися ПКС, не охоплені проектом профілактики. Потребує додаткового вивчення питання ефективності профілактичних програм серед цієї категорії.

Варто зазначити, що упродовж чотирьох років утричі збільшилася кількість пунктів, де надають профілактичні послуги для ПКС, проте цього недостатньо. Також заходи з профілактики ВІЛ серед ПКС з обласного бюджету не фінансувалися, а профілактичні програми для цієї категорії працюють тільки на території трьох міст області.

Чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ)

- Чи приводять здійснювані заходи до змін?

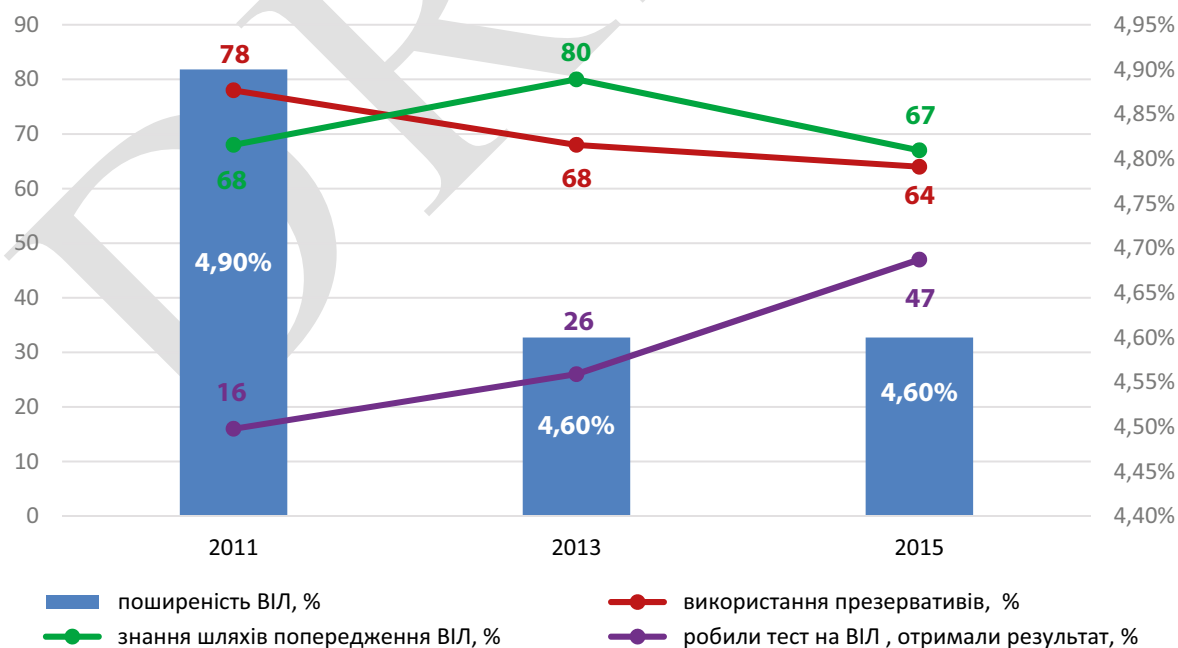
Рівень ВІЛ-інфікування серед ключових груп населення є високим, що впливає на загальну динаміку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД. Прихована епідемія ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ продовжує поширюватися.

Аналізуючи результати СЕМ за 2013–2016 рр., варто відзначити, що кількість обстежених ЧСЧ зросла з 413 осіб у 2013 р. до 1991 у 2016 р., натомість поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ зменшилася з 0,73 % у 2013 р. до 0,45 % у 2016 р.

Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ безпосередньо в БО «Гендер Зед» також зменшився – з 8,1% у 2009 р. до 1,1% у 2013 р. та до 0,63% у 2016 р. За даними БПД, рівень інфікованості ЧСЧ за роки досліджень істотно не змінювався і становив у 2011 р. – 4,9%, у 2013 та 2015 р. – 4,6%.

Чи охоплені потрібні люди?

За даними БПД частка ЧСЧ, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. та одержали його результат, зросла з 15,9% у 2011 р. до 46,6% у 2015 р. Частка ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та як вона не передається, у 2011 р. становила 68%. Натомість у 2013 р. цей показник істотно зріс – до 80% проти результатів опитування у 2015 р. – 67%. Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком, зменшився з 78% у 2011 р. до 64% у 2015 р. (Графік 15).



Графік 15. Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ, рівень використання профілактичних послуг, за даними БПД, 2011, 2013, 2015 рр.

- Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Кількість ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, щороку істотно зростала: з 812 осіб у 2012 р. (14,5% від оціночної кількості) до 2463 осіб у 2016 р. (44,0% від оціночної кількості), або у 4,6 раза. Одним із основних компонентів в мінімальному пакеті послуг є видача презервативів. Середня кількість презервативів на одного представника спільноти в рік від охоплених профілактичними програмами становила 77 у 2014 р. та 57 у 2016 р. Ці дані підтверджують показники БПД – зменшення показника використання презервативів.

Середня кількість презервативів на одного ЧСЧ в рік від оціночної кількості цієї спільноти значно менша і коливалася від 15 у 2013 р. до 25 у 2016 р.

В області працює єдина благодійна організація «Гендер Зед», яка надає послуги для спільноти ЧСЧ. Організовано пункти, що проводять видачу презервативів, надають послуги з профілактики, догляду та підтримки: у 2013 р. – 3, у 2016 р. – 2.

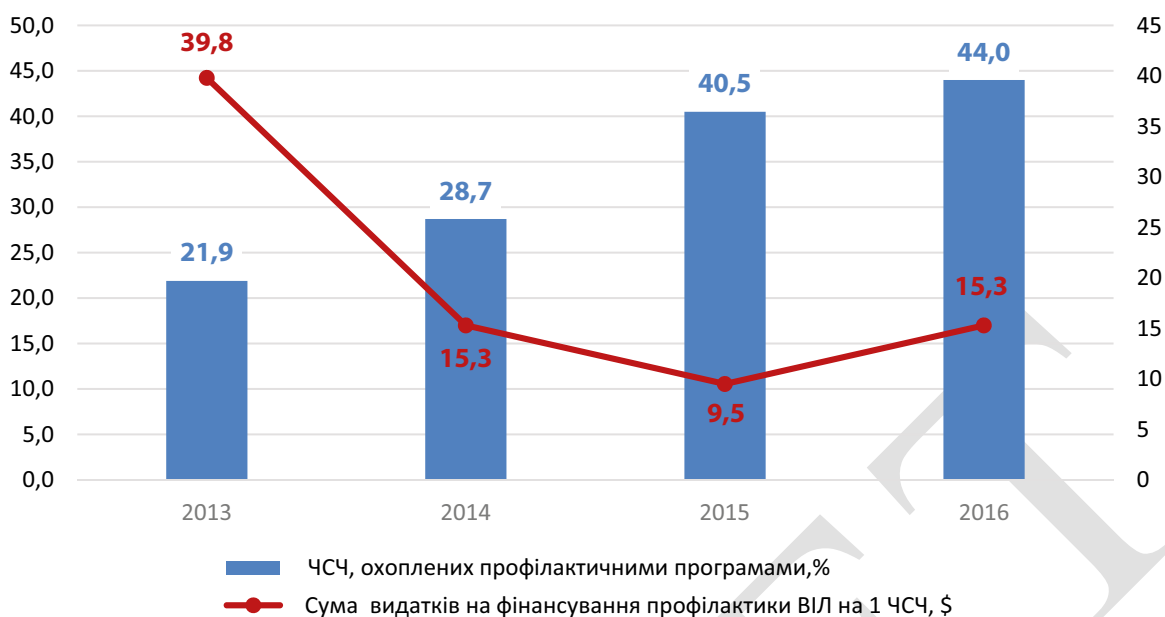
- Чи здійснюються ці заходи правильно?

Спільнота ЧСЧ в Запоріжжі – це закрита група, і не остання роль в цьому належить стигматизації з боку загального суспільства, у т.ч. медичних працівників. Єдиний гей-клуб у Запоріжжі закритися. Не вдалося залучити ЧСЧ до профілактичних програм і за допомогою мобільної амбулаторії. (залучення здійснюється через інтернет-мережу). На сьогодні приміщення БО «Гендер-Зед» є єдиною можливістю спілкування для цієї спільноти. Налагоджено стосунки з «дружнім лікарем» (дерматовенерологом), до якого можна звернутися із проблемами, пов'язаними з ІПСШ. До пакету послуг увійшло розповсюдження презервативів, лубрикантів, дезінфікуючих засобів, ІОМ, консультування із безпечної сексуальної поведінки, тестування на ВІЛ, ІПСШ (сифіліс, гонорея, хламідіоз), гепатити. У разі виявлення позитивного результату на ВІЛ клієнт проекту перенаправляється до Центру СНІДу з метою подальшого обстеження та взяття на медичний облік за системою відривних талонів.

- Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Основним стратегічним документом, що спрямований на профілактику ВІЛ серед ЧСЧ, стала обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр. Адекватна система забезпечення презервативами, лубрикантами, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ впроваджена тільки в Запоріжжі.

У 2010–2013 рр. планувалися видатки на фінансування профілактики ВІЛ серед ЧСЧ в рамках обласної програми, але лише на закупівлю презервативів, проте ці заходи не були профінансовані. Реалізація профілактичних програм здійснювалася за рахунок фінансування ГФСТМ. Практично щороку фінансування зростало: з 385,53 тис. грн у 2013 р. до 965,89 тис. грн. у 2016 р. На перший погляд, фінансування заходів протягом чотирьох років зросло практично у 2,5 раза. Але, з урахуванням девальвації гривні, якщо конвертувати суми в долари США, фінансування заходів протидії ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ в області зменшилося з 48,8 тис. дол. у 2013 р. до 37,7 тис. дол. у 2016 р. Також, з урахуванням зростання охоплення програмами ЧСЧ, на одного представника спільноти у 2013 р. було виділено 39,8 дол., у 2016 р. – 15,3 дол. (Графік 16).



Графік 16. Охоплення профілактичними програмами ЧСЧ та сума видатків на одного ЧСЧ, програмний моніторинг, дол., 2013–2016 рр.

Резюме

Заходи, які впроваджує в області БО «Гендер Зед», привели до змін, а саме: зменшення рівня інфікованості ЧСЧ за останні чотири роки як за даними СЕМ – з 0,7% до 0,45%, так і за результатами тестування в НУО – з 8% у 2009 р. до 0,63% у 2016 р., за даними БПД – з 4,9% до 4,6% протягом чотирьох років досліджень.

Охоплені потрібні люди – представники спільноти ЧСЧ мають доступ до послуг з попередження ВІЛ, зростає кількість ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ; відсоток представників цієї спільноти, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком (БПД), зменшився. Рівень знань про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, коливався у межах 67–80%.

Обсяг надання послуг не є достатнім для досягнення програмних цілей: при зростанні кількості ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, кількість отриманих презервативів на одну особу в рік зменшився – з 77 шт. у 2014 р. до 57 шт. у 2016 р. Кількість розданих презервативів на одну оціночну особу ЧСЧ в рік невелика, але зростала з 15 шт. у 2013 р. до 25 шт. у 2016 р.

Впроваджувані заходи правильні – налагоджені стосунки з «дружнім лікарем». До пакету послуг увійшло розповсюдження презервативів, лубрикантів, дезінфікуючих засобів, інформаційних матеріалів, консультування із безпечної сексуальної поведінки, тестування на ВІЛ, ІПСШ.

Впроваджувані заходи є правильними/релевантними. Проте діюча система забезпечення презервативами, лубрикантами, надання послуг з тестування швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, ІОМ на тему профілактики ВІЛ для ЧСЧ функціонує тільки в Запоріжжі.

Питання для подальшого вивчення:

1. Вплив АРТ на рівень смертності серед окремих КГН – ЧСЧ, ПКС, у т.ч. по відношенню до оціночної кількості КГН (за даними СПЕКТРУМ).
2. Реальна ситуації щодо доступу до АРТ пацієнтів-ЛЖВ, які мали досвід вживання наркотичних речовин (осіб з парентеральним шляхом зараження).
3. Вплив ускладнень/побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ, на рівень смертності ЛЖВ.
4. Вплив захворюваності на ВІЛ/ТБ на ефективність лікування АРТ (показники вірусного навантаження).
5. Через відсутність даних щодо оціночної кількості ЛВІН, ЧСЧ, ПКС за СПЕКТРУМ неможливо об'єктивно оцінити захворюваність серед цих груп, а також відсоток ВІЛ-позитивних осіб із КГН (15+), які знаходяться під медичним наглядом. Отже, потребують вивчення питання щодо:
6. відсотка ВІЛ-позитивних із КГН, які знаходяться під медичним наглядом, від оціночної кількості ВІЛ-позитивних із КГН в області;
7. частки ВІЛ-інфікованих ЛВІН, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа ЛВІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції.
8. Рівень дискримінації КГН, ЛЖВ з боку медичних працівників.
9. Доступ до послуг КіТ та лікування АРТ представників КГН в ЗОЗ області.
10. Ефективність впроваджуваних в області профілактичних програм серед КГН.

5. ВИСНОВКИ

Діюча в Запорізькій області цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр., затверджена 27.08.2015 р. Рішенням ЗОР №10, декларує мету зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини; запобігання ризику зараження ВІЛ медичними працівниками; надання якісних та доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед серед КГН, послуг з лікування, догляду і підтримки ЛЖВ; забезпечення добровільного тестування на ВІЛ-інфекцію.

При забезпеченні виконання заходів Програми очікується отримання наступних результатів:

- зменшити кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед загального населення, передусім молоді, та кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед груп підвищеного ризику. Результати проведеного дослідження не дають підстав стверджувати про стабілізацію епідемії ВІЛ-інфекції в області. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію має тенденцію до зростання і за період спостереження збільшилася в 1,5 раза (РЕН).
- зменшити відсоток інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини. Показник передачі ВІЛ від матері до дитини в Запорізькій області за останні роки має стійку тенденцію до зниження і не перевищує середній по Україні.
- забезпечити доступ представників КГН до участі у профілактичних програмах. Кількість КГН, охоплених профілактичними програмами, щороку зростає та у 2016 р. перевищила цільові індикатори Програми.
- забезпечити людей, які живуть з ВІЛ і перебувають під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, медичною допомогою та соціальними послугами з догляду та підтримки. В області зростає кількість ЛЖВ, охоплених послугами з догляду та підтримки – до 56,6% у 2016 р., проте не досягає цільового індикатора (80%).
- забезпечити доступ до безперервного лікування препаратами АРТ людей, які живуть з ВІЛ, та хворих на СНІД, які цього потребують. Станом на 2016 р. охоплення АРТ серед пацієнтів, які знаходяться під медичним наглядом, збільшилося до 60,1% (2013 р. – 46,7%).
- зменшити смертність від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/туберкульоз. Показник вдається утримувати на рівні, меншому за цільовий –

2,9 на 100 тис. нас., цільовий показник становить 3,2 на 100 тис. нас.

Але ці показники нестабільні, і зниження смертності у 2016 р. не свідчить про сталі тенденції.

- *охопити програмами замісної підтримувальної терапії щонайменше 35% споживачів опіоїдних ін'єкційних наркотиків, які цього потребують, із залученням їх до реабілітаційних програм.* Відсоток ЛВІН, які мають залежність від опіоїдів та отримують послуги із ЗПТ, від оціночної кількості ЛВІН становить 4,01% у 2016 р., проте не відповідає цільовим показникам Програми (35%).
- *сформувати серед населення толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.* За даними дослідження 2016 р. (GIZ): 42% осіб вважають, що люди інфікуються ВІЛ лише через свою «аморальну поведінку», 12% готові допустити ЛЖВ як колег або ближче, стільки ж (12%) готові допустити бісексуалів, 8% – трансгендерів, 7% – гомосексуалів, по 4% – ЛВІН та ПКС. Серед населення Запорізької області 35% вважають, що ВІЛ-позитивні діти можуть ходити до однієї школи разом з ВІЛ-негативними дітьми. Заперечують це 22% жителів.

Виконання Плану МіО

Відповідно до обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр., роблений План моніторингу і оцінки ефективності виконання Програми, затверджений Розпорядженням голови ОДА від 06.06.2012 р. №256, що налічує 28 показників (індикаторів виконання), всі вони мають цільові значення. Індикаторів впливу вісім. У 2016 р. область не звітувала по семи показниках через те, що шість із них визначаються серед КГН згідно БПД, яке у 2016 р. не проводилося. Показник № 13 «Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на ВІЛ» в області не визначався тому, що серед цієї групи БПД не проводилося.

Із 28 показників цільові значення досягнуто і відзначається позитивна динаміка для 17 з них. Досягнуто цільові значення по п'яти індикаторах впливу Плану МіО і для чотирьох виявлена позитивна динаміка: показник № 26 «Кількість смертей від ТБ серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ», Показник № 3 «Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки», Показник № 5 «Поширеність ВІЛ серед вагітних». Показник № 4. «Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ»: упродовж періоду дослідження показники були меншими за цільові індикатори, але нестабільними, протягом останніх трьох років реєструється зростання показника смертності – з 7,2 у 2013 р. до 8,7 на 100 тис. населення. Через відсутність даних за 2015 рік щодо відсотка ЛВІН та ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, серед вікової категорії 15–24 (показники № 6, 8 Плану МіО) провести якісну оцінку ситуації неможливо. Серед ПКС в цій віковій групі відсоток жінок, які живуть з ВІЛ, зменшився з 9,3% у 2009 р. до 0% у 2015 р.

Для дев'яти показників значення не досягли цільових, у т.ч. для показника ЧПМД, – у 2013 р. він був меншим за цільові показники, і це єдиний рік, коли область наблизилася до цільового показника (1,1%). Але за 2014 р. показник зріс до 3,6%, що перевищує цільовий по області – 2,0%. Найбільш проблемні питання пов'язані з виконанням наступних індикаторів:

- фінансування профілактичних заходів для КГН та догляду і підтримки для ЛЖВ програми з обласного бюджету (№1);
- відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2013–2016 рр. (№18);

- відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013–2016 рр. (№ 19);
- відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013–2015 рр. (№ 24);
- відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013–2016 рр. (№ 21);
- відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013–2016 рр. (№ 27).

Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Запорізькій області характеризується як концентрована, про що свідчить поширеність ВІЛ серед вагітних у містах упродовж періоду спостереження (2009–2016 рр.): не перевищувала 0,81% (2014 рік) і за останні два роки зменшилася до рівня 0,6%. Під час проведення БПД у 2015 р. встановлено, що поширеність ВІЛ серед ЛВІН становила 8,7%, серед РКС – 7,1%, серед ЧСЧ – 4,6%. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію має тенденцію до зростання і за період спостереження зросла в 1,5 раза. Ключовими групами епідемії залишаються ЛВІН, РКС, ЧСЧ та «групи-містки».

Зростання показників смертності від СНІДу є результатом несвоєчасного виявлення (а також реєстрації) ВІЛ-позитивних осіб і, як наслідок, зростання показників вперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб, яким встановлено III та IV стадії ВІЛ-інфекції. Натомість показники летальності від СНІДу зменшуються, що є результатом якості лікування вже виявлених пацієнтів, яким призначена АРТ.

Поширеність ВІЛ-інфекції має чітку стабільну тенденцію до зростання, що пов'язано зі зростанням захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області, як наслідок – кількістю людей, які живуть з ВІЛ в регіоні, а також з тим, що темпи приросту показника смертності серед ЛЖВ нижчий за темпи приросту показника захворюваності на ВІЛ.

За результатами каскадного аналізу: кількість осіб, які знають свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під медичним наглядом, становить 79,4% від їх оціночної чисельності в області (5300 осіб). Зі всієї сукупності осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, 59,3% отримують АРТ, з яких 68% мають пригнічення ВН. Отже, 40,3% осіб від диспансерної групи ЛЖВ (1697 із 4209), або 32% із загалу оціночної чисельності ЛЖВ в області, отримують ефективне лікування.

АРТ. Упродовж 2013–2016 рр. частка ЛЖВ, охоплених АРТ, зросла з 46,0% до 59,3%. Проведений аналіз щодо надання специфічного лікування ВІЛ-інфікованим пацієнтам та хворим на СНІД довів свою ефективність. Відсоток летальних випадків серед ЛЖВ, які отримували АРТ, знизився до 1,6%. Суттєво зменшився відсоток смертей серед пацієнтів з ВІЛ/ТБ, які отримували АРТ: з 44,3% у 2014 р. до 17,4% у 2016 р.

У зв'язку з відкриттям трьох сайтів АРТ в закладах ПТС покращилася система призначення АРТ та контроль за прийомом препаратів – 88% пацієнтів з ко-інфекцією отримали у 2016 р. АРТ та контрольоване лікування туберкульозу. Охопленість ЛВІН специфічним лікуванням в області низьким і становив у 2016 р. 11%. Погіршився також за останні три роки доступ до АРТ засуджених у закладах ДКВС.

Ефективність лікування АРТ доведена для 1697 пацієнтів – невизначуване ВН серед пацієнтів, які отримують АРТ, встановлено у 68% осіб.

КІТ. Зростає частка представників ключових груп населення, залучених до КІТ. Збільшився відсоток виявлених осіб з ВІЛ серед представників КГН, в першу чергу – ЛВІН. Відсоток осіб, взятих на МН, протягом останніх чотирьох років зріс – з 73,1 % у 2013 р. до 90,9% у 2016 р. Натомість

діюча система КіТ в ЗОЗ не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ, особливо представників ключових груп населення. Зростає частка пацієнтів, виявлених на III–IV стадіях ВІЛ-інфекції. Однією із головних перепон отримання послуг з КіТ є дискримінація, у т.ч. з боку медичних працівників ЗОЗ. Зросла частка НУО області в наданні якісних послуг саме для представників КГН та їхніх партнерів. Натомість погіршилася система надання послуг з КіТ в дерматологічній, пенітенціарній службах. Відсоток фактичного фінансування заходів КіТ від запланованого зростав – з 34% у 2013 р. до 69,7% у 2016 р.

ЛВІН. Поширеність ВІЛ серед ЛВІН, протестованих в НУО, зменшилася з 10,3% у 2009 р. до 1,8% у 2016 р. За результатами БПД, рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН коливався від 2,2% у 2013 р. до 8,7% у 2015 р., але був значно нижчим за цільові показники (18,2%). Зростає рівень використання стерильного обладнання, презервативів, а також знань про шляхи попередження ВІЛ. Охоплення ЛВІН профілактичними програмами у 2016 р. досяг половини, що недостатньо для припинення епідемії ВІЛ-інфекції серед наркозалежних. Відсоток ЛВІН, які отримують ЗПТ (від оціночної кількості ЛВІН, залежних від опіоїдів), досяг 4% при цільових показниках Програми – 35%.

Впродовж 2014–2016 рр. програми профілактики ВІЛ серед ЛВІН з обласного бюджету не фінансувалися. З урахуванням росту курсу долара сума видатків зменшилася у 1,4 раза. На одного ЛВІН кошторис пакету послуг зменшився з 85,5 дол. у 2013 р. до 27,4 дол. у 2016 р.

ПКС. Профілактичні програми для ПКС працюють на території трьох міст області – Запоріжжя, Мелітополь, Бердянськ. Завдяки впровадженню заходів інфікованість ВІЛ серед ПКС за останні чотири роки зменшилася в п'ять разів (СЕМ). Зросли показники доступу цієї цільової групи до послуг з профілактики ВІЛ. На тлі зростання охопленості проектами профілактики ПКС до 37% для попередження подальшого розповсюдження ВІЛ частка їх залучення є недостатньою.

Фінансування заходів з протидії ВІЛ-інфекції для ПКС здійснювалося лише за рахунок ГФ СТМ і зросло з 24,9 тис. дол. у 2013 р. до 29,8 тис. дол. у 2016 р. На одного представника спільноти 2013 р. було виділено 51,9 дол., у 2016 р. – 33 дол.

ЧСЧ. Охоплення профілактичними програмами зросло до 44% у 2016 р.; рівень інфікованості ЧСЧ за останні чотири роки зменшився. Натомість істотно зменшився показник використання презервативів (БПД) – з 78% у 2011 р. до 64% у 2015 р. При зростанні кількості ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, кількість отриманих презервативів на одну особу в рік зменшився з 77 шт. (2014 р.) до 57 шт. у 2016 р., що може свідчити про нерегулярне їх використання.

Заходи профілактики ВІЛ серед ЧСЧ із обласного бюджету не фінансувалися. Реалізація профілактичних програм здійснювалася за рахунок фінансування ГФ СТМ. Фінансування заходів з протидії ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ в області зменшилося з 48,8 тис. дол. у 2013 р. до 37,7 тис. дол. у 2016 р. З урахуванням зростання охопленості програмами ЧСЧ, на одного представника спільноти у 2013 р. було виділено 39,8 дол., у 2016 р. – 15,3 дол.

6. РЕКОМЕНДАЦІЇ

За напрямком КІТ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Зростання кількості вперше виявлених пацієнтів з ВІЛ на III–IV стадіях захворювання.	1.	1. Поновити навчальні курси на базі КУ «Центр СНІД» ЗОР з питань ВІЛ/СНІД: КІТ, АРТ, профілактика ВІЛ-інфекції на робочому місці.
	2. Дискримінація представників спільнот КГН з боку медичних працівників ЗОЗ.	2.	2. Включити до програми навчальних курсів теми з попередження дискримінації КГН.
	3. Зростання вперше виявлених пацієнтів з ВІЛ на III–IV стадіях захворювання. Обмеження доступу до КІТ представників КГН – мешканців районів та сіл.	3. Внести зміни до Наказу МОЗ України від 19.08.2005. № 415 «Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» щодо залучення медичних працівників Центрів ПМСД, у тому числі АЗПСМ та ФАП до КІТ, особливо серед КГН, з обов'язковим заохоченням цієї діяльності.	3. Розширити послуги КІТ з використанням ШТ в районах та на базі АЗПСМ, ФАП. Залучити ресурси міжнародної технічної допомоги, а також запропонувати головним лікарям закуповувати ШТ за рахунок бюджетів ЗОЗ.
	4. Втрата вперше виявлених пацієнтів з ВІЛ (20%) на етапі взяття на медичний облік. Через відсутність Наказу ДОО щодо алгоритму взаємодії між рівнями надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД наявні проблеми оперативного зв'язку з лікарями – лікарями ЗОЗ м. Запоріжжя та обласних ЗОЗ, де виявлені пацієнти з позитивним результатом на ВІЛ.	4. Оптимізувати алгоритм тестування на ВІЛ населення – зміна нормативної бази, а саме Наказу від 21.12.2010 МОЗ №1141 «Порядок проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості дослідження», а також скорочення кількості облікової документації.	4. Впровадити систему індивідуальної відповідальності лікарів – дерматовенерологів, наркологів, інших лікарів I та II рівня надання медичної допомоги щодо надання послуг з КІТ своїм пацієнтам та доведення їх до медичного нагляду в кабінети «Довіра», Центри СНІДу.
	5. Погіршення доступу до КІТ засуджених.	5. Вирішити кадрові питання в системі ДКВС в частині надання медичної допомоги засудженим.	5. Збільшити обсяг та кратність тестування і консультування на ВІЛ у пенітенціарних установах.

За напрямком АРТ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Пізній початок АРТ (на III – IV стадіях захворювання). Видача препаратів не більше як на 1 міс. не сприяють сталій прихильності до АРТ. Незручне територіальне розташування ЗОЗ, який видає препарати АРТ.	1. Організувати забезпечення регіону АРТ, відповідно до реальної потреби і Цілей «90-90-90», а не передбаченої квоти для регіону з метою оптимізації системи видачі препаратів на строки більше 1 міс. пацієнтам з метою більш ефективної підтримки прихильності до АРТ. 2. Удосконалити систему логістики препаратами АРТ, уникаючи їх дефіциту та перебоїв у поставках.	1. Провести подальшу децентралізацію з надання лікування АРТ, з урахуванням кількості ЛЖВ на медичному обліку: Оріхівська, Веселівська, Вільнянська, Якимівська, Приморська, Приазовська, Гуляйпільська ЦРЛ, а також – в ЦМЛ м. Запоріжжя №9, №8. Відкрити сайт інтегрованих послуг АРТ/ЗПТ на базі КУ «Центр СНІД» ЗОР.
		До переліку циклів тематичного удосконалення сімейних лікарів на базі МАПО ввести цикл «ВІЛ-інфекція/СНІД. Початок АРТ, формування та підтримка прихильності до лікування».	2.Залучити сімейних лікарів та терапевтів ЦПМСД до навчання з питань надання медичної та соціальної допомоги ЛЖВ, лікування препаратами АРТ, 1 схема, шляхом включення теми «Початок АРТ, формування та підтримка прихильності до лікування» до програми курсів підвищення кваліфікації сімейних лікарів на базі ЗМАПО; залучення до навчання сімейних лікарів на базі МРТ КУ «Центр СНІД» ЗОР.
	2. Втрати пацієнтів з МН, низькі показники прихильності до АРТ, відмова від лікування в перші 12 міс. від початку лікування і, як наслідок, невиконання показника Плану МіО щодо утримання на АРТ ЛЖВ протягом 12 міс.	2. Створення на базі центрів СНІДу виїзних бригад для покращення доступу ЛЖВ до спеціалізованої медичної допомоги.	2.Залучити сімейних лікарів до системи комунікації з ЛЖВ, що проживають в селищах – на території дільниць АЗПСМ, які втрачені з МН шляхом активного патронажу на дому, з урахуванням принципів конфіденційності даних.
	3. Через відсутність Наказу ДОЗ щодо алгоритму взаємодії між рівнями надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД, наявні проблеми оперативного зв'язку з лікарями – лікарі ЗОЗ м. Запоріжжя та обласних ЗОЗ, де виявлені пацієнти з позитивним результатом на ВІЛ.	3.	3. Впровадити систему індивідуальної відповідальності лікарів – дерматовенерологів, наркологів, інших лікарів I та II рівня надання медичної допомоги щодо надання послуг з КІТ своїм пацієнтам та доведення їх до медичного нагляду в кабінети «Довіра», Центри СНІДу шляхом створення наказу ДОЗ.

	4. Втрати пацієнтів з МН, низькі показники прихильності до АРТ, як наслідок – невиконання показника Плану МіО щодо утримання на АРТ ЛЖВ протягом 12 міс.	4. Впровадження на всіх рівнях надання медичної допомоги ЛЖВ єдиної бази даних, яка містить відомості про диспансеризацію, призначення лікування. Крім контролю кількісних показників медичної допомоги, що надається, така база може замінити наявну систему надання заявок на отримання АРВП і зменшити навантаження, пов'язане зі складанням звітності, а також підвищить прозорість лікувального забезпечення.	3 метою залучення всіх лікарів інфекціоністів області до призначення першої схеми лікування, призначення профілактики ОІ, моніторингу лікування впровадження постійного навчання/тренінгів на базі МТЦ за темою «Основи АРТ».
		5. Розробити відповідний регламентуючий документ МОЗ щодо визначення норми навантаження на 1-го лікаря-спеціаліста пацієнтів, які отримують АРТ.	5. Створити МДК зі стратегічних питань за напрямком АРТ, підтримки прихильності до лікування АРТ.
			6. Головним лікарям ЗОЗ ввести в штат працюючих кабінетів «Довіра» соціальних працівників та / або психологів, які повинні взяти на себе відповідальність за формування та підтримку прихильності до АРТ у пацієнтів. Впровадити ефективні практики з формування і підтримки прихильності в кабінетах «Довіра»/сайтах АРТ.
За напрямком ЧСЧ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Середня кількість презервативів на одного представника спільноти ЧСЧ в рік від охоплених профілактичними програмами зменшилася з 77 у 2014 р. до 57 у 2016 р., за даними БПД – зменшення показника використання презервативів.	1. З метою реалізації загальнодержавних та регіональних цільових програм протидії соціальним хворобам створення на рівні МОЗ Наказу щодо впровадження в ЗОЗ (РЦ СНІД) механізмів виділення коштів для закупівлі соціальних послуг у надавачів цих послуг – НУО та громадських організаціях.	1. Сприяти обласним НУО щодо впровадження проекту МБФ «Відродження», ГФ СТМ з метою залучення бюджетних коштів до фінансування профілактичних програм та паліативної допомоги для ЛЖВ шляхом створення спільних проектів НУО з центрами СНІДу.
	2. Недостатній рівень фінансування профілактичних проектів для ЧСЧ.	2. Створення на рівні МОЗ нормативного акту щодо впровадження механізмів співпраці між комунальними установами/закладами/організаціями охорони здоров'я та Міжнародними організаціями (ГФ СТМ, МБФ «Альянс громадського здоров'я» та ін.) з метою ефективної реалізації проектів профілактики соціальних хвороб серед КГН, догляду та підтримки ЛЖВ шляхом закупівлі соціальних послуг для КГН у громадських об'єднань.	

	3. Дискримінація представників спільноти ЧСЧ .	3. Заохочення сімейних лікарів до надання якісних послуг з консультування представників спільноти ЧСЧ шляхом внесення зміни до Наказу МОЗ України від 19.08.2005. №415 «Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» щодо залучення медичних працівників Центрів ПМСД, у т.ч. АЗПСМ та ФАП до КІТ.	3. Результати проекту «Якісні послуги без ярликів» представити на засіданні КР ЗОДА та розробити відповідний Наказ ДОЗ щодо проведення тренінгів для лікарів ЗОЗ з питань попередження стигми та дискримінації КГН, у т.ч. серед ЧСЧ.
За напрямком ПКС	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Відсутність затверджених на рівні МОЗ регламентуючих документів щодо впровадження в ЗОЗ (РЦ СНІД) механізмів виділення коштів для закупівлі соціальних послуг у надавачів цих послуг – НУО та громадських організаціях.	1. З метою реалізації загальнодержавних та регіональних цільових програм протидії соціальним хворобам створення на рівні МОЗ Наказу щодо впровадження в ЗОЗ (РЦ СНІД) механізмів виділення коштів для закупівлі соціальних послуг у надавачів цих послуг – НУО та громадських організаціях.	1. Сприяти обласним НУО щодо впровадження проекту МБФ «Відродження» з метою залучення бюджетних коштів до фінансування профілактичних програм та паліативної допомоги для ЛЖВ шляхом створення спільних проектів НУО з центрами СНІДу.
	2. Недостатній рівень фінансування профілактичних проектів для ПКС з боку МБО, відсутність фінансування профілактичних проектів для ПКС з обласного бюджету.	2. Створення на рівні МОЗ нормативного акту щодо впровадження механізмів співпраці між комунальними установами/закладами/організаціями охорони здоров'я та Міжнародними організаціями (ГФ СТМ, Альянс громадського здоров'я та ін.) з метою ефективної реалізації проектів профілактики соціальних хвороб серед КГН, догляду та підтримки ЛЖВ шляхом закупівлі соціальних послуг для КГН у громадських об'єднань.	2.

За напрямком ЛВІН	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Відсоток ЛВІН, які мають залежність від опіоїдів та отримують послуги із ЗПТ, від оціночної кількості ЛВІН, які залежні від опіоїдів, становив у 2016 р. 4%, що не відповідає завданням Обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр. (35% у 2018 р.).	1. Розроблення на рівні МОЗ узгоджених планів розширення охоплення ЗПТ представників спільноти ЛВІН до 35%, згідно затверджених показників виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр.	1. Розроблення узгоджених планів розширення охоплення ЗПТ представників спільноти ЛВІН до 35%, згідно затверджених показників виконання обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. Звернутися до ЦГЗ з листом щодо розширення плану залучення до ЗПТ СІН області, у т.ч. СІН/ЛЖВ, та відкриття нових сайтів ЗПТ. Розширити практику рецептурної форми видачі препаратів ЗПТ. Створити стаціонари на дому та видачу препаратів ЗПТ безпосередньо в ЗОЗ для самостійного прийому в амбулаторних умовах.
	2. Недостатній рівень видачі необхідної кількості шприців на рік на 1-го ЛВІН. Відсутність фінансування профілактичних проєктів для ЛВІН з обласного бюджету.	2. З метою реалізації загальнодержавних та регіональних цільових програм протидії соціальним хворобам створення на рівні МОЗ Наказу щодо впровадження в ЗОЗ (РЦ СНІД) механізмів виділення коштів для закупівлі соціальних послуг у надавачів цих послуг – НУО та громадських організацій.	2. Сприяти обласним НУО щодо впровадження проєкту МБФ «Відродження» з метою залучення бюджетних коштів до фінансування профілактичних програм та паліативної допомоги для ЛЖВ шляхом створення спільних проєктів НУО з центрами СНІД. Через рішення координаційної ради з питань протидії соціальним хворобам лобіювати питання щодо закупівлі соціальних послуг для КГН у громадських об'єднань через механізм соціального замовлення за кошти місцевого бюджету.
	3. У 2017 році ОДА (в особі представника ДООЗ ОДА) відмовилась підписати Меморандум про взаєморозуміння та співпрацю з МБФ «Альянс громадського здоров'я» на підставі відсутності в області програм протидії туберкульозу та гепатитів, а також незавершеної роботи щодо реформування територіальних округів, що ускладнить подальше провадження і ефективну реалізацію профілактичних заходів серед КГН.	3. Створення на рівні МОЗ нормативного акту щодо впровадження механізмів співпраці між комунальними установами/закладами/організаціями охорони здоров'я та Міжнародними організаціями (ГФ СТМ, Альянс громадського здоров'я та ін.) з метою ефективної реалізації проєктів профілактики соціальних хвороб серед КГН, догляду та підтримки ЛЖВ шляхом закупівлі соціальних послуг для КГН у громадських об'єднань.	3. Вирішити питання щодо підписання Меморандуму про взаєморозуміння та співпрацю Запорізької ОДА з МБФ «Альянс громадського здоров'я» у жовтні-листопаді 2017 року.

	4. В регіоні проблемним питанням є утилізація зібраних шприців.		4. При розробці цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІД в Запорізькій області на 2019–2023 рр. адвокатувати питання щодо безкоштовної утилізації використаних шприців програм зі зменшення шкоди на обласному рівні.
Загальні рекомендації	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблем на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблем на регіональному рівні
	1. Відсутність оціночних показників розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (захворюваність, смертність, поширеність).	1. Забезпечення розрахунку оціночних показників розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу (захворюваність, смертність, поширеність). Включення індикаторів, що ґрунтуються на оціночних показниках розвитку епідемії, до Національного плану МіО.	.
			2. При розробці цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІД в Запорізькій області на 2019–2023 рр. врахувати результати оцінки регіональних програм, розробити заходи щодо розширення та покращення якості профілактичних програм для КГН, програм догляду та підтримки для ЛЖВ.

7. ПЛАН ЗАХОДІВ

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Результати оцінки регіональної програми представити на засідання координаційної ради з питань протидії соціальним хворобам при ОДА.	До 20 грудня 2017 р.	Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР	Прийнято Рішення координаційної ради з питань протидії соціальним хворобам при ОДА щодо врахування результатів дослідження під час формування Програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІД на 2019–2023 роки
2.	1.Проведення подальшої децентралізації АРТ, з урахуванням кількості ЛЖВ на медичному обліку: Оріхівська, Веселівська, Вільнянська, Якимівська, Приморська, Приазовська, Гуляйпільська ЦРЛ, а також в ЦМЛ м. Запоріжжя №9, №8. Відкрити інтегрований сайт АРТ/ЗПТ на базі КУ «Центр СНІД» ЗОР.	До 01.12.2017 р.	Директор ДОЗ ОДА, Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР	Проведені зустрічі з головними лікарями ЗОЗ. Узгоджені з керівниками ЗОЗ питання щодо відкриття сайтів АРТ. Підготовлений та підписаний Наказ ДОЗ щодо відкриття сайтів АРТ. Проведено навчання лікарів, медичних сестер сайтів АРТ на базі МРТЦ КУ «Центр СНІД» ЗОР. Результат: відкрито 5 нових сайтів АРТ в регіоні, у т.ч. послуги з лікування, наближені для ЛЖВ, мешканців відділених районів та селищ.
	2.Залучити сімейних лікарів та терапевтів ЦПМСД до навчання з питань надання медичної та соціальної допомоги ЛЖВ, лікування препаратами АРТ, 1-ї лінії, шляхом включення теми «Початок АРТ, формування та підтримка прихильності до лікування» до програми курсів підвищення кваліфікації сімейних лікарів на базі ЗМАПО, а також залучення до навчання сімейних лікарів на базі МРТ КУ «Центр СНІД» ЗОР.	2018– 2020 рр.	Директор ДОЗ ОДА Ректор ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР	Забезпечено на рівні ЦПМСД: профілактика інфікування ВІЛ. Обстеження на ВІЛ із застосуванням двох швидких тестів (представники КГН за клінічними показаннями). Взяття під медичний нагляд ВІЛ-інфікованих. Призначення стандартизованої АРТ препаратами 1 лінії, видача АРТ. Скринінг та профілактика опортуністичних захворювань.

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
3.	Залучення сімейних лікарів до системи комунікації з ЛЖВ, які проживають в селищах, на території дільниць АЗПСМ, до надання медичних послуг, лікування АРТ.	До 01.01.2018 р.	Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР	Підготовлено та підписано наказ/листи ДОЗ щодо залучення до надання медичних послуг з медичного нагляду, лікування АРТ сімейних лікарів. Проведено навчання лікарів, медичних сестер ЦПМСД на базі МРТЦ КУ «Центр СНІД» ЗОР з питань комунікації з ЛЖВ, які проживають в селищах, на території дільниць АЗПСМ та надання послуг з медичного нагляду, лікування АРТ. Результат: залучено до МН ЛЖВ, які раніше були втрачені з обліку і не отримували медичні послуги.
4.	Створення МДК в КУ «Центр СНІД» ЗОР зі стратегічних питань за напрямком АРТ, МІО надання медичних послуг, підтримки прихильності до лікування АРТ.	Жовтень 2017 р.	Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР	Визначено склад МДК з урахуванням потреб за напрямком АРТ, МІО, підтримки прихильності до лікування АРТ. Результат: впроваджена система безперервного покращення якості лікування, що надасть змогу підвищити якість надання медичних послуг, утримання в лікуванні АРТ для 90% ЛЖВ, а також ефективність лікування для 90% ЛЖВ у 2020 р.
5.	Впровадження в діяльність працівників служби СНІД дієвого алгоритму формування та підтримки прихильності до медичного нагляду та лікування АРТ.	До 01.12.2017 р.	Головний позаштатний спеціаліст ДОЗ з питань лікування та профілактики СНІДу.	1. Підготовлений та розповсюджений лист ДОЗ щодо впровадження заходів з формування та підтримки прихильності до медичного нагляду та лікування АРТ. Результат: зростання прихильності до АРТ серед ЛЖВ до цільового показника 86%.
6.	Впровадження системи індивідуальної відповідальності лікарів ЗОЗ за доведення до медичного нагляду пацієнтів з виявленим позитивним результатом на ВІЛ.	До 01.12.2017 р.	Директор ДОЗ ОДА, Головні лікарі ЗОЗ області	Розроблений наказ ДОЗ щодо алгоритму взаємодії між рівнями надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в області. Проведені навчання лікарів, молодшого медичного персоналу ЗОЗ на базі МРТЦ КУ «Центр СНІД» ЗОР Результат: взяття на МН пацієнтів з ВІЛ досягає 90% від виявлених протягом року.

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
7.	Відновлення курсів з питань ВІЛ-інфекції, КІТ, у т.ч. з використанням швидких тестів, МіО якості надання медичних послуг, електронної системи реєстрації пацієнтів МІС-ВІЛ, АРТ, формування прихильності до АРТ, профілактики професійного та внутрішньолікарняного інфікування ВІЛ на базі КУ «Центр СНІД» ЗОР/МРТЦ із залученням фахівців ЗМАПО.	До 01.01.2018 р.	Директор ДООЗ ОДА, Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР	Підготовлений наказ ДООЗ щодо проведення курсів з питань ВІЛ-інфекції/СНІД на базі КУ «Центр СНІД» ЗОР/МРТЦ. Визначені потреби у навчанні лікарів та молодших медичних сестер ЗОЗ Розроблено програму курсів та графік проведення навчань.
8.	Сприяння обласним НУО щодо впровадження проекту МБФ «Відродження» з метою залучення бюджетних коштів до фінансування профілактичних програм та паліативної допомоги для ЛЖВ.	2017–2018 рр.	Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР, керівники НУО	Розроблено спільний проект НУО області та КУ «Центр СНІД» ЗОР щодо залучення бюджетних коштів до фінансування профілактичних програм та паліативної допомоги для ЛЖВ. Затверджено положення та механізм реалізації соціального замовлення/механізм закупівлі соціального заказу на обласному та місцевому рівнях. Результат: Сформовано механізм виділення коштів з місцевих бюджетів на профілактичні програми, що надало можливість залучити до профілактики 60% КГН, а також для програм догляду та підтримки, що надало можливість розширити ці послуги для 100% ЛЖВ.
9.	Розширення плану залучення до ЗПТ СІН області, у т.ч. СІН/ЛЖВ, та відкриття нових сайтів ЗПТ.	До 01.12.2020 р.	Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР, головний лікар КУ «СТМО «Психіатрія» ЗОР	Надісланий лист-звернення до Міжнародного Альянсу Громадського здоров'я з листом про розширення плану залучення до ЗПТ ЛВІН області, у т.ч. ЛВІН/ЛЖВ, та відкриття нових сайтів ЗПТ. Результат: зростання ЛВІН на АРТ до цільових значень – 35% станом на 01.01.2020 р.
10.	Розширення практики рецептурної форми видачі препаратів ЗПТ. Створення стаціонарів на дому та видача препаратів ЗПТ безпосередньо в ЗОЗ для самостійного прийому в амбулаторних умовах.			Результат: зростання ЛВІН на АРТ до цільових значень – 35% станом на 01.01.2020 р.

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
11.	Проведення дослідження «Якісні послуги без ярликів» щодо вивчення рівня стигми, дискримінації та порушення прав представників спільноти ЛГБТ в ЗОЗ області.	До 01. 11. 2017 р.	БО «Гендер Зед» спільно з фахівцями КУ «Центр СНІД» ЗОР	Проведені обзори медичної документації та публікацій правозахисних організацій по рівню стигми та дискримінації представників спільноти ЛГБТ. 2. Проведено моніторинг щодо встановлення рівня дискримінації представників спільноти ЛГБТ з боку медичних працівників ЗОЗ області, надання послуг з КІТ. Результат: оцінений рівень стигми, дискримінації та порушення прав представників спільноти ЛГБТ в ЗОЗ області.
12.	Результати проекту «Якісні послуги без ярликів» представити на засіданні КР ЗОДА та розробити відповідний Наказ ДОЗ щодо проведення тренінгів для лікарів ЗОЗ з питань попередження стигми та дискримінації КГН, у т.ч. серед ЧСЧ.	До 01.12.2017 р.	БО «Гендер Зед» спільно з фахівцями КУ «Центр СНІД» ЗОР	Проведено аналіз результатів дослідження проекту «Якісні послуги без ярликів». Розроблено рекомендації щодо проведення тренінгів для лікарів ЗОЗ з питань попередження стигми та дискримінації КГН, у т.ч. серед ЧСЧ. Результати аналізу дослідження та розроблені рекомендації щодо проведення навчання медичних працівників ЗОЗ затверджені на засіданні КР ЗОДА. Розробити Наказ ДОЗ щодо проведення навчання медичних працівників ЗОЗ з питань попередження стигми та дискримінації КГН. В програму курсів з питань ВІЛ-інфекції включені питання з попередження стигми та дискримінації КГН. Результат: рівень дискримінації зменшився на 50%.
13.	Залучення фахівців громадських та НУО до розробки цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Запорізькій області на 2019–2023 рр.	2018 рік	Директор ДОЗ, Головний лікар КУ «Центр СНІД» ЗОР, Керівники громадських та НУО області	Враховані результати оцінки регіональних програм. Розроблено заходи щодо розширення та покращення якості профілактичних програм для КГН, програм догляду та підтримки для ЛЖВ з компонентом замовлення соціальних послуг та фінансування з місцевих бюджетів.
14.	При розробці цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІД в Запорізькій області на 2019–2023 рр. адвокатувати питання щодо безкоштовної утилізації використаних шприців програм зі зменшення шкоди на обласному рівні.	2018 рік	Керівники громадських та НУО області	Налагодження адекватних програм зі зменшення шкоди саме в частині «обміну шприців», з урахуванням утилізації використаних шприців, отриманих від ЛВІН.

ДОДАТОК 1.

Таблиця вводу значень індикаторів

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
1. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (Показник № 9 плану МіО)	5,1%	7,1%	2,4%	4,1%	1,1%	3,6%			Дані форми звітності № 63-1 (річна) «Частота передачі ВІЛ від матері до дитини за 20__ рік» (Наказ МОЗ України № 612 від 03.08.2012 р. «Про затвердження форм первинної облікової документації та звітності з питань моніторингу заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 03.09. 2012 р. за № 1483/21795).
чисельник	4	6	2	4	1	4			Звіт Ф №63-1, річна, табл. 1000, ряд. 1.1
знаменник	85	84	85	98	91	110			кількість дітей зі встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції та дітей з ВІЛ-негативним статусом, народжених ВІЛ-інфікованими жінками протягом кожного звітного року. Звіт Ф №63-1, річна, табл. 1000, ряд. 1.1 + 1.2
Цільове значення					2,5%			2,5%	
Цільове значення, Запорізька програма					2%*	2,5%	1,5%	1%	*Показники затверджені Розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 06.06.2012 №256.

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
2. Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 4 плану МІО)	6,8	7,5	6,4	8,2	7,2	7,5	8,5	8,7	форма № 2-ВІЛ/СНІД, річна (Наказ МОЗ України 24.12.2004 р. № 640/663) за 2009, 2010, 2011, 2012 рр.
чисельник	124	135	114	147	128	132	150	152	кількість померлих від хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини. Дані Держкомстат
знаменник	1815689 (серед-ньорічне постійне нас.)	1805700 (серед-ньорічне постійне нас.)	1795570 (серед-ньорічне постійне нас.)	1787667 (серед-ньорічне постійне нас.)	1779749 (серед-ньорічне постійне нас.)	1770090 (серед-ньорічне постійне нас.)	1758995 (серед-ньорічне постійне нас.)	1745776 (серед-ньорічне постійне нас.)	середньорічна чисельність населення регіону у звітному році. Головне управління статистики у Запорізькій області.
цільове значення		13,6 на 100 тис. нас.			11,5 на 100 тис. нас.			9,9 на 100 тис. нас.	
Запорізька обласна програма		11,1* на 100 тис. нас.			11,1* на 100 тис. нас.		11,2 на 100 тис. нас.	10,3 на 100 тис. нас.	*Показники затверджені Розпорядженням голови обласної державної адміністрації від 06.06.2012 №256.

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
3. Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МіО)	2,6	4,2	3,1	4,4	3,3	4,2	4,3	2,9	
чисельник	48	76	55	78	58	74	76	51	2009 – 2012: звіт лікаря-фтизіатра Центру 2013–2016 рр.. Звітна форма 3002, рядок 1.10.2.1
знаменник	1815689 (серед-ньорічне постійне нас.)	1805700 (серед-ньорічне постійне нас.)	1795570 (серед-ньорічне постійне нас.)	1787667 (серед-ньорічне постійне нас.)	1779749 (серед-ньорічне постійне нас.)	1770090 (серед-ньорічне постійне нас.)	1758995 (серед-ньорічне постійне нас.)	1745776 (серед-ньорічне постійне нас.)	Головне управління статистики у Запорізькій області
цільове значення								3,0 на 100 тис. нас.	
Запорізька обласна програма								3,1 на 100 тис. нас. 3,2 на 100 тис. нас. 3 на 100 тис. нас.	

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015	2018	Примітки
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, % (Показник № 3 плану МіО)	X	X	X	X	0,2	0,1	0,2	0		
	чисельник					11	7	8	0		Табл. 1000, Форма звітності № 2 – ВІЛ/СНІД
	знаменник					6447	6125	4706	4360		кількість вагітних за кодом 109.1.1 та 109.1.2, які були обстежені під час скринінгових досліджень на ВІЛ
	цільове значення								0,30%	0,27%	
	Запорізька обласна програма							0,1№	0,09%	0,08%	
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)	0,7	0,8	0,7	0,8	0,9	1,0	0,8	0,6		
	чисельник	135	145	135	149	173	170	131	87		форма звітності № 63 (річна) Табл. 1000, рядок 1.0 + 2.0 + 3.0. Наказ МОЗ України від 13.04.2009 №116 «Про виконання заходів ППМД», форма моніторингу ППМД
	знаменник	19423	19393	19750	19869	19634	17950	16785	15549		Звітна форма № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям за ____ рік», Наказ МОЗ України від 10.07.2007 р. № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення» за 2009/2016 рр.

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
5.1	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % МІСТО Додатковий	0,52%	0,64%	0,59%	0,66%	0,70%	0,81%	0,74%	0,61%	
	чисельник	65	80	76	85	90	96	83	66	форма звітності № 63 (річна). Табл. 1000, ряд.к 1.0 +2.0.+ 3.0. Наказ МОЗ України від 13.04.2009 №116 «Про виконання заходів ППМД», форма моніторингу ППМД
	знаменник	12591	12538	12861	12870	12772	11909	11215	10861	Звітна форма № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям за ___ рік», Наказ МОЗ України від 10.07.2007 р. № 378 «Про затвердження форм звітності з питань охорони здоров'я та інструкцій щодо їхнього заповнення» за 2009–2016 рр.
	цільове значення								0,49%	
	Запорізька обласна програма							0,30%	0,29%	
								0,28%	0,27%	
6.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 6 плану МіО)	9,9%		0		12,6%		Немає даних		АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ за результатами біоповедінкового дослідження 2011 р. «МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕНOSTІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ» Видання МЕТІДА, МБФ «Альянс громадського здоров'я». «Користуйся та плануй».

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015	2018	Примітки
чисельник	3		0		6	Немає даних				кількість респондентів (споживачів ін'єкційних наркотиків, віком від 15 до 25 років), які за результатами тестування виявлені як ВІЛ-позитивні особи. Дозорний епідагляд за ВІЛ, проведений в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління».
знаменник	31		16		47	Немає даних				загальна кількість респондентів (споживачів ін'єкційних наркотиків, віком від 15 до 25 років), які були протестовані на наявність антитіл до ВІЛ у дослідженні.
цільове значення							5,3%		3,5%	
7. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 7 плану МІО)	9,3%		5,6%		2,6%	0%				Дозорний епідагляд за ВІЛ, проведений в рамках інтегрованого біо-поведінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління». Видання МЕТІДА, Альянс з ВІЛ/СНІД України 2014 р. «Користуйся та плануй»
чисельник	3		3		6	0				
знаменник	30		51		23	Немає даних				
цільове значення					5,0%				1,4%	

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015	2018	Примітки
8. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 8 плану МІО)	Не про- водилися		0,7%		3,6%	Немає даних				«Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління! Видання МЕПІДА, Альянс з ВІЛ/СНІД України 2014 р. «Користуйтеся та плануйте»
чисельник			1		5	Немає даних				
знаменник			61		148	Немає даних				
Цільове значення					7,5%		3,2%		2,1%	
впливу, додаткові, оцінка										
9. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	25,7	30,6	31,9	30,2	38,8	36,0	38,9			табл. 1000, Форма звітності № 2 – ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20_рік» (Наказ МОЗ України №180 від 05.03.2013 р. «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 27.03.2013 р. № 497/23029)
чисельник	467	552	573	540	691	635	679			кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ серед (крім кодів тестування: 110 та 114)
знаменник	1815689	1805700	1795570	1787667	1779749	1758995	1745776			відповідна середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015	2018	Примітки
10.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	27,5	30,8	29,1	29,1	34,0	34,6	32,6	41,2		табл. 2000, Форма звітності № 2 – ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20_рік» (Наказ МОЗ України № 180 від 05.03.2013 р.
	чисельник	500	556	523	521	605	612	573	719		Ф. 2 річна, табл. 2009 – 2012: 2000, рядок 2.1 2013 – 2016 Ф. 2, табл. 2000, рядок 2.1 кількість осіб, яких було узято під медичний нагляд протягом звітного року
	знаменник	1815689	1805700	1795570	1787667	1779749	1770090	1758995	1745776 (середньорічне постійне нас.)		середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році. Головне управління статистики у Запорізькій області
10.1	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. , чоловіки	35,8	38,41	36,31	33,81	45,81	41,23	41,2	55,71		
	чисельник	297	317	298	276	373	334	332	446		чоловіки, Ф. 2 річна, таб 2009 – 2012: 2000, рядок 2.1 2013 – 2016 Ф. 2, табл. 2000, рядок 2.1 кількість осіб, яких було узято під медичний нагляд протягом звітного року
	знаменник	829637	825280	820762	816417	814185	810126	805850	800 607		середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році, чоловіки. Головне управління статистики у Запорізькій області

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015	2018	Примітки
10.2 Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр., жінки	20,49	24,25	22,96	25,14	23,91	28,81	25,12	28,67		
чисельник	203	239	225	245	232	278	241	273		жінки, ф. 2 річна, табл. 2009 – 2012: 2000, рядок 2.1 2013 – 2016 ф. 2, табл. 2000, рядок 2.1 кількість осіб, яких було узято під медичний нагляд протягом звітного року
знаменник	990866	985595	979764	974462	970269	964918	959287	952 246		середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році, жінки. Головне управління статистики у Запорізькій області
10.3 Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр., мешканці міст	27,71	30,27	29,32	28,5	35,87	35,53	33,94	42,16		
чисельник	386	420	405	392	492	485	461	569		мешканці міст, ф. 2 річна, табл. 2009–2012: 2000, рядок 2.1 2013–2016 ф. 2, табл. 2000, рядок 2.1 кількість осіб, яких було узято під медичний нагляд протягом звітного року
знаменник	1393028	1387539	1381180	1375285	1371631	1364993	1358300	1 349 730		середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році, мешканці міст. Головне управління статистики у Запорізькій області

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
10.4	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр., село	26,67	32,13	28,14	31,04	27,37	30,97	27,53	37,21	
	чисельник	114	136	118	129	113	127	112	150	село, Ф. 2 річна, табл. 2009–2012: 2000, рядок 2.1 2013–2016 Ф 2, табл. 2000, рядок 2.1 кількість осіб, яких було узято під медичний нагляд протягом звітного року
	знаменник	427475	423336	419346	415594	412823	410051	406837	403 123	середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році, село. Головне управління статистики у Запорізькій області
10.5	Відсоток вікових категорій серед нових випадків ВІЛ-інфекції									
	15-24 роки, %	12,2	11,15	9,75	8,64	6,45	6,21	6,63	4,59	
	15–24 роки	61	62	51	45	39	38	38	33	Ф. 2 річна, табл. 2009 – 2012: 2000, рядок 2.1 2013–2016 Ф 2, табл. 2000,
	25--9%	68,4	65,11	67,11	62,57	68,93	67,32	70,86	70,93	
	25–49	342	362	351	326	417	412	406	510	Ф. 2 річна, табл. 2009 – 2012: 2000, рядок 2.1 2013–2016 Ф 2, табл. 2000,
	50+ %	5,2	5,76	6,88	8,45	7,93	6,7	8,55	10,0	
	50+	26	32	36	44	48	41	49	72	Ф. 2 річна, табл. 2009 – 2012: 2000, рядок 2.1 2013–2016 Ф 2, табл. 2000,

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
знаменник	500	556	523	521	605	612	573	719	Ф. 2 річна, табл. 2009 – 2012: 2000, рядок 2.1 2013–2016 Ф. 2, табл. 2000, рядок 2.1 кількість осіб, яких було узято під медичний нагляд протягом звітного року
10.6									
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., Мелітополь					52,3	70,2	64,6	75,1	
чисельник					82	110	101	117	реєстраційні карти Ф 502-1/о
знаменник					156831	156736	156 370	155746	середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році,
10.7									
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., Мелітопольський район					39,7	35,7	71,7	86,03	
чисельник					20	18	36	43	реєстраційні карти Ф 502-1/о
знаменник					50421	50355	50215	49982	середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році,
10.8									
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, за даними РЕН, на 100 тис. нас., Михайлівський район					33,7	40,5	34,01	71,8	
чисельник					10	12	10	21	реєстраційні карти Ф 502-1/о
знаменник					29697	29609	29407	29243	середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році,

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013			2014	2015	2018	Примітки
11. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕК-трум серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.											
чисельник											
знаменник											
12. Смертність серед ЛХВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	9,6	11,2	9,8	11,5	9,7	11,2	12,2	12,4			табл. 3002, форма № 2 ВІЛ/СНІД, річна (Наказ МОЗ України 05 березня 2013 р. № 180) за 2013, 2014, 2015, 2016 рр.; табл. 2001, 2002 форма 2-ВІЛ/СНІД, річна (Наказ МОЗ України від 24.12.2004 р. № 640/663 за 2009, 2010, 2011, 2012 рр.
чисельник	175	202	176	206	172	199	214	217			2009–2012 Ф № 2 ВІЛ/СНІД, річна, табл. 2000, ряд. 3.1+ 3.2+3.5 2013 – 2016 : Ф 2 річна, табл. 3002, рядок 1.0 + 1.1 кількість осіб, яких було знято з обліку внаслідок смерті (незалежно від причини смерті)
знаменник	1815689	1805700	1795570	1787667	1779749	1770090	1758995	1745776 (середньорічне постійне нас.)			середньорічної чисельності постійного населення. Головне управління статистики у Запорізькій області

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
13. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	5,1	6,3	5,8	7,6	6,8	7,3	8,8	8,2	
чисельник	93	114	104	136	121	130	155	143	2009–2012: форма № 2 ВІЛ/СНІД, річна, табл. 2000, ряд. 3.1 – померлі від СНІДу 2013–2016: Ф 2 річна, табл. 3002, рядок 1.10.2, у т.ч. діти
знаменник	1815689	1805700	1795570	1787667	1779749	1770090	1758995	1745776 (середньорічне постійне нас.)	Головне управління статистики у Запорізькій області
13.1 Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., Мелітополь					20,4	17,9	26,2	14,8	
чисельник					32	28	41	23	Повідомлення Ф 502-2/о

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
знаменник					156831	156736	156370	155746	середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році;
13.2 Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., Мелітопольський район					15,9	11,9	12,0	18,0	
чисельник					8	6	6	9	Повідомлення Ф 502-2/о
знаменник					50421	50355	50215	49982	середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році;
13.3 Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок через захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., Михайлівський район					3,4	13,5	13,6	27,4	
чисельник					1	4	4	8	Повідомлення Ф 502-2/о
знаменник					29697	29609	29407	29243	середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році;

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
15.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	154,4	170,1	191,6	206,3	225,5	238,8	257,2	279,8	
	чисельник	2432	2661	2879	3084	3349	3620	3860	4154	кількість ЛЖВ, які перебувають під наглядом на кінець звітного року з діагнозом «ВІЛ-інфекція» (незалежно від стадії захворювання) у віці 15+. Звітна Ф 2, річна, табл. 2000, ряд. 4.0 – 4.1 (діти 0–14)
	знаменник	1575599	1564498	1502368	1495207	1485178	1515538	1500672	1484764	чисельність постійного населення регіону +15. Головне управління статистики у Запорізькій області
15.1	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., Мелітополь					472,3	495,5	520,1	553,8	
	чисельник					618	662	690	729	Інформаційний бюлетень річний
	знаменник					130842	133 594	132 671	131621	чисельність постійного населення регіону у звітному році
15.2	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., Мелітопольський район					231,5	244,8	316,8	417,4	
	чисельник					94	102	131	171	Інформаційний бюлетень річний
	знаменник					40601	41 668	41351	40970	чисельність постійного населення регіону у звітному році

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
15.3 Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., Михайлів- ський район					381,2	379,4	399,6	466,2	
чисельник					92	94	98	113	Інформаційний бюлетень річний
знаменник					24135	24775	24524	24237	чисельність постійного населення регіону у звітному році
15.4 Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., Энергодар					283,7	305,2	326,3	397,3	
чисельник					126	140	149	181	Інформаційний бюлетень річний
знаменник					44420	45873	45666	45561	чисельність постійного населення регіону у звітному році
15.5 Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., Бердянськ					276,1	290,1	309,1	346,4	
чисельник					281	300	316	350	Інформаційний бюлетень річний
знаменник					101772	103364	102223	101041	чисельність постійного населення регіону у звітному році

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
15.6 Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., Василівський район					259,4	319,8	379,2		
чисельник					140	163	171	204	Інформаційний бюлетень річний
знаменник					53977	55048	54418	53799	чисельність постійного населення регіону у звітному році
16. Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.									
чисельник									
знаменник									
17. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	10,7%		5,8%		2,2%	8,7%			АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ за результатами біоповедінкового дослідження 2011 р. «МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕНOSTІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД СПОЖИВАЧІВ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ»
чисельник	26		12		3	12			
знаменник	249		200		350	150			Кількість СІН, які взяли участь у дослідженні

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013			2014	2015	2018	Примітки
цільове значення					18,2%						
Регіональний план МіО, Запорізька область					11,1%*						*регіональний план МіО, затверджений розпорядженням голови ОДА 06.06.20012, №256
18. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	3,7%		4,8%		7,2%		7,1%				
чисельник	6		9		18		11				
знаменник	154		200		252		150				кількість РКС, які взяли участь у дослідженні
цільове значення					6,6%						
Регіональний план МіО, Запорізька область					4,4%*						*регіональний план МіО, затверджений Розпорядженням голови ОДА 06.06.20012, №256
19. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	Не про- водились		4,9%		4,6%		4,6%				
чисельник			10		18		7				
знаменник			200		400		150				кількість ЧСЧ, які прийняли участь у дослідженні
цільове значення					7,9%						
Регіональний план МіО, Запорізька область					7,9%*						*регіональний план МіО, затверджений Розпорядженням голови ОДА 06.06.20012, №256

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013			2014	2015	2018	Примітки
20.	Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно ви-значають шляхи запобігання ста-тевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2013-2016 рр. (Показник № 18 плану МІО)					немає даних	немає даних	немає даних	54%			дослідження проведені Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. Вибірка по Запорізькій області. Репрезентативна для населення Запорізької області у віці 15+ за статтю, віком, розміром населеного пункту згідно з даними Державної служби статистики України станом на 1 січня 2015 року. Видання «Обізнаність населення про епідемію ВІЛ в Україні 2016» 20.01.2017. Метою даного дослідження є оцінка результатів кампанії «Не Дай СНІДу Шанс!»: досягнуті зміни, вимірювання знань, ставлення, і поведінкові установки населення України щодо ВІЛ/СНІД.
	чисельник								158			
	знаменник								293			Кількість респондентів, які прийняли участь у дослідженні
	цілове значення									70%		
	Регіональний план МІО					95%*						* регіональний план МІО, затверджений Розпорядженням голови ОДА 06.06.20012, №256

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
21.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)					38,7	37,1	42,4	46,6	
	чисельник					234	227	243	335	кількість ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ у звітному році. Ф. 2 річна, табл. 3000, рядок 2.5+2.6+5.4+5.5
	знаменник					605	612	573	719	загальна кількість вперше в житті взятих під медичний нагляд ВІЛ-інфікованих осіб у звітному році Ф.2 річна, табл. 2000, рядок 2.1
	цільове значення								37,0%	
	Запорізька обласна програма							37,0%	35,5%	

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013			2014	2015	2018	Примітки
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)					83,0	75,5	76,9	80,3			
	чисельник					2959	2913	3171	3505			Ф.2 річна, табл. 2000, ряд. 5.0
	знаменник					3565	3858	4051	4364			Ф.2 річна, табл. 2000, ряд. 4.0
	цільове значення								80,0%		85%	
	Запорізька обласна програма							78,9%	80,0%	82,5%	85%	
23.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ, через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО)					78,4	79,3	74,2%	77,53			Форма звітності № 57 «Звіт про дорослих та дітей, які розпочали АРТ у когорті та лікуються 6, 12, 24, 36... міс. за ____ місяць 20 ____ року» за 2014, 2015, 2016 рр.
	чисельник					359	315	236	314			кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 12 міс. після його початку.
	знаменник					458	397	318	405			загальна кількість дорослих і дітей, які увійшли у річну когорту року, який передусє звітному

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013			2014	2015	2018	Примітки
	цільове значення								85,0%		86,0%	
	Запорізька обласна програма						84,8%		85%	85,5%	86%	
24.	Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 28 плану МіО)					немає даних	немає даних	немає даних	65%			Дослідження проведені Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH. Вибірка по Запорізькій області репрезентативна для населення Запорізької області у віці 15+ за статтю, віком, розміром населеного пункту згідно з даними Державної служби статистики України станом на 1 січня 2015 року. Видання «Обізнаність населення про епідемію ВІЛ в Україні 2016» 20.01.2017. Метою даного дослідження є оцінка результатів кампанії «Не Дай СНІДу Шанс!»: досягнуті зміни, вимірювання знань, ставлення і поведінкових установок населення України щодо ВІЛ/СНІД.
	чисельник								190			
	знаменник								293			
	цільове значення								зниження на 20% від базового значення		зниження на 50% від базового значення	

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015	2018	Примітки
25.	Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених програмними фінансовими програмами, 2013-2016 рр. (Показник №14 плану МіО)			3062	3366	2686	3054	4822	5884		Згідно даних програмного моніторингу «Альянсу громадського здоров'я», громадських організацій та інших надавачів послуг.
	Обласна програма							3735	3735	3735	
26.	Кількість працівників комерційного сексу, охоплених програмними фінансовими програмами, 2013-2016 рр. (Показник №15 плану МіО)	458	680	891	329	481	572	917	902		Згідно даних програмного моніторингу «Альянсу громадського здоров'я», громадських організацій та інших надавачів послуг.
	Обласна програма							546	568	660	853
27.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №16 плану МіО)			533	812	1225	1609	2268	2463		БПД
	Обласна програма							1620	1943	2302	2302

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
30. Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №11 плану МіО)	15,7%		26%	35,8%	58,2%				АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року «МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕНOSTІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД РСЧ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ»
чисельник				90	87				
знаменник	154		200	252	150				Кількість учасників дослідження
						65,0%		70,0%	
31. Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №12 плану МіО)			15,9%	26,1%	46,6%				АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року «МОНІТОРИНГ ПОВЕДІНКИ ТА ПОШИРЕНOSTІ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ СЕРЕД ЧСЧ ЯК КОМПОНЕНТ ЕПІДНАГЛЯДУ ЗА ВІЛ ДРУГОГО ПОКОЛІННЯ»
чисельник			68	104	70				
знаменник			427	400	150				Кількість учасників дослідження
цільове значення						45,0%		55,0%	

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015	2018	Примітки
34. Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО)					80,1	58,0%	81,2%	86,2%		2013 р. – за даними фізліатра Центру СНІДу, 2014–2016 рр., ТБ-менеджер
чисельник					113	145	216	206		ТБ-менеджер
знаменник					141	250	266	239		ТБ-менеджер
цільове значення								55,0%	70,0%	
Обласна програма							72,9%	73,1%	75%	
35. Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр., (Показник №23 плану МіО)					98,2	100%	95,3%	94,2%		
чисельник					56	63	65	65		Форма № 56 «Звіт про надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД станом на ____ 2 ____ року» за 2013, 2014, 2015, 2016 рр.
знаменник					57	63	69	69		
цільове значення							98,7%	99,0%	100,0%	

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
36.									
Відсоток осіб з опієюдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр. (Показник №27 плану МІО)				10,9%	7,5%	9,1%	11,1%	11,5%	
чисельник				223	250	291	326	323	звітна форма №11 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин за 20__ рік, (річна)» за 2014, 2015, 2016 рр.
знаменник				2048	3323	3186	2947	2804	
цільове значення								35,0%	
Обласна програма, абс. значення							430	477	
Обласна програма							18,1%	20,0%	
								27,5%	
36.1									
Відсоток осіб з опієюдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр.					3,1%	3,6%	4,0%	4,0%	
чисельник				223	250	291	326	323	звітна форма №11 «Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки через уживання психоактивних речовин за 20__ рік, (річна)» за 2014, 2015, 2016 рр.
знаменник					8061	8061	8061	8061	Оціночна чисельність СН з опієюдною залежністю

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013			2014	2015	2018	Примітки
37. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр. (Показник №1 плану МіО)	21293643,0	22178788,0	30466484,0	43719936,0	39225516,0	53208495,0	61740269,0	Не проводились дослідження			Дані дослідження з оцінки національних витрат у грн. В 2016 р. дослідження не проводилися, заплановано на III кв. 2017 р.
37.1 Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області за напрямком АРТ: лабораторний моніторинг перебігу ВІЛ-інфекції					2367650,0	1128610,0	3469640,0				Дані дослідження з оцінки національних витрат у грн.
37.1.1. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області за напрямком АРТ: лікування АРТ					5486608,7	7657637,4	8048038,5				Дані дослідження з оцінки національних витрат у грн.
37.2 Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області за напрямком КІТ					1512264,8	806396,36	1966146,25				Дані дослідження з оцінки національних витрат у грн.

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
37.3	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області за напрямком ЛВІН					1673886,4	6981604,64	2836669,30		Дані дослідження з оцінки національних витрат у грн.
37.4	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області за напрямком РКС					40241,33	150874	215523,41		Дані дослідження з оцінки національних витрат у грн.
37.5	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області за напрямком ЧСЧ					90204,72	108119,73	217145,49		Дані дослідження з оцінки національних витрат у грн.
38.	Відсоток фінансування Обласної програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник №2 плану МіО)					0	0	0		Фінансування заходів обласної Програми відбувалося за рахунок бюджетів організацій, у т.ч. 303
	чисельник					0	0	0		Бюджетний розпис, затверджений рішенням обласної ради «Про обласний бюджет області на __ рік», за 2013, 2014, 2015, 2016 рр.;
								30 000 грн. (обласна програма)		

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013			2014	2015	2018	Примітки
знаменник					16760900,0*	10533440,0**	2254360,0*	2266170,0*			Передбачено згідно Рішення №7 Запорізької обласної ради від 29.10.2009. Програма на 2010 – 2013 рр. Рішення №10 Запорізької обласної ради від 27.08.2015 р. Програма на 2015 – 2018 рр. ** Фінансування Програми з місцевого бюджету в області на 2014 р. не передбачено у зв'язку з тим, що програма по області затверджена на 2015 – 2018 роки. Вказані кошти передбачалися із загального фонду бюджетів 303 на утримання установ.
цільове значення								100,0%		100,0%	
39. Відсоток загально-освітніх 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)					84,8%	79,0%, у т.ч. міські 83,3% Сільські 76,0%	85,0%, у т.ч. міські 90,2% Сільські 82,0%	96,8%			
чисельник					532	464	492	549			
знаменник					627	587	579	567			
цільове значення							89%	90%	95%	100%	

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
40. Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					52,9%	61,3%	64,1%	71,3%	Ф 56 + УДПТС
чисельник					1456 +109= 1565 У т.ч. в закладах УДПТС-109	1716 +71= 1787 У т.ч. в закладах УДПТС-71	1923 +108= 2031 У т.ч. в закладах УДПТС-108	2419 +79= 2498 У т.ч. в закладах УДПТС-79	
знаменник					2959	2913	3171	3505	Ф 2, річна, табл. 2000, ряд. 5.0
41. Охоплення про-філактичним лікуванням ізоназидом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					60%	43,3%	57,9%	85,4%	Клінічний моніторинг за ВІЛ-інфекцією, затвердженого Наказом МОЗ України від 13.04.2007 № 182: Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ко-інфекція», затвердженого Наказом МОЗ України від 31.12.2014 № 1039; форма звітності №2; форма звітності №3 комплексного плану.
чисельник					206	227	332	406	Кількість дорослих з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримали профілактичне лікування ізоназидом, на кінець звітного періоду (форма звітності додаток №3 до комплексного плану, ф 58)

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
знаменник					343	524	573	475	Т 3000 2013-2014 рр. – кількість осіб з CD4<200 (форма 2015-2016 – (кількість осіб, взятих під медичний нагляд у поточному році + диспансерна група з CD4<500+, особи, які завершили лікування туберкульозу) – (діти в стадії уточнення діагнозу+ хворі з активним туберкульозом).
42. Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.							2498		Всього отримують АРТ – 2498
43. Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівня ВН, станом на 01.01.2017 р.							2100		Верифікація даних лабораторної бази ВН за 2016 р. Обстежено на ВІН осіб: 2100

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
44. Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначеного ВІН, станом на 01.01.2017 р.							1697		Верифікація даних лабораторної бази ВІН за 2016 р. З кількості обстежених, які мають невизначене ВІН: 1697
Додати (за потреби)									
Додаткові показники									
45. Захворюваність на СНІД, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	7,9	10,7	17,9	22,8	21,7	21,8	21,4	25,6	
чисельник	144	193	321	408	387	386	376	447	2009–2012: форма № 2 ВІЛ/СНІД, річна, табл. 2001, рядок 2.1 2013–2016: Ф 2 річна, табл. 2001, рядок 2.1
знаменник	1815689	1805700	1795570	1787667	1779749	1770090	1758995	1745776 (середньорічне постійне нас.)	відповідна середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013			2014	2015	2018	Примітки
45.1 Захворюваність на СНІД, на 100 тис. нас., Мелітополь					59,3	53,0	52,4	60,4			
					93	83	82	94			Повідомлення Ф 502-2/о
					156831	156736	156370	155746			середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році
45.2 Захворюваність на СНІД, на 100 тис. нас., Мелітополь- ський район					37,7	33,8	57,7	42,01			
					19	17	29	21			Повідомлення Ф 502-2/о
					50421	50355	50215	49982			середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році
45.3 Захворюваність на СНІД, на 100 тис. нас., Василівський район					27,3	36,5	41,4	52,6			
					18	24	27	34			Повідомлення Ф 502-2/о
					66056	65695	65159	64593			середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році
45.4 Захворюваність на СНІД, на 100 тис. нас., Михайлівський район					26,9	37,2	40,8	51,3			
					8	11	12	15			Повідомлення Ф 502-2/о
					29697	29609	29407	29243			середньорічна чисельність постійного населення регіону у звітному році

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015	2018	Примітки
46.	Загальна летальність від СНІДу, %	47,9%	45,6%	27,7%	25,0%	22,7%	22,3%	23,4%	19,5%		
	чисельник	69	88	89	102	88	86	88	87		Випадки смерті від СНІДу протягом року серед осіб, яким діагностовано протягом року (Перегляд карток)
	знаменник	144	193	321	408	387	386	376	447		Кількість хворих, у яких протягом року встановлено діагноз «СНІД»
25.1. дода- тковий	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених програмами, 2013-2016 рр.					23,0	26,1	41,2	50,3		
	чисельник					2686	3054	4822	5884		
	знаменник					11700	11700	11700	11700		Оціночна кількість СН 2012, затверджена Рішенням координаційної ради протидії соціальним хворобам при ЗОДА
26.1 дода- тковий	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених програмами, 2013-2016 рр.				13,1	19,2	22,9	36,7	36,1		Згідно даних програмного моніторингу «Альянсу громадського здоров'я», громадських організацій та інших надавачів послуг.
	чисельник				328	481	572	917	902		
	знаменник				2500	2500	2500	2500	2500		Оціночна чисельність РКС 2012 та 2017 рр.

	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	Примітки
27.1 ДОДАТ- КОВИЙ	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр.				14,5	21,9	28,7	40,5	44,0	Згідно даних програмного моніторингу «Альянсу громадського здоров'я», громадських організацій та інших надавачів послуг. Звіти БО «Гендер Зед»
	чисельник			533	812	1225	1609	2268	2463	
	знаменник				5600	5600	5600	5600	5600	Оціночна кількість ЧСЧ, 2012 р.
32.1 ДОДАТ- КОВИЙ	Інфікованість ВІЛ серед засуджених, 2013-2016 рр.					2,4%	2,1%	9,7%	1,7%	
	чисельник					125	78	53	44	Ф.2 річна, табл. 1000, код обстеження 112, виявлено
	знаменник					5302	3777	544	2638	Ф.2 річна, табл. 1000, код обстеження 112, всього
47. ДОДАТ- КОВИЙ	Фінансування заходів Програми за рахунок коштів загального фонду бюджету на утримання установи На виконання Програми асигнування не затверджувалися, кошти не виділялися					13526770,0	10533440,0	13573930,0	21141220,0 (видатки з місцевого бюджету на заходи протидії ВІЛ-інфекції)	фактичне фінансування обласної Програми у тис. грн. Виконання заходів програми відбувалося за рахунок коштів загального фонду бюджету на утримання установ

Аналіз ключових індикаторів впливу

№ 1. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009–2014 рр. (Показник № 9 плану МіО).

Цільове значення (2,5%) не досягнуто. Рівень вертикальної трансмісії ВІЛ методом ІФА за 2014 рік, який обчислюється у 2016 р. (діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, яким виповнилося 18 місяців до 1 липня 2016 року) склав – 3,6 % (за 2013 р. – 1,1%, за 2012 р. – 4,1%, 2011 р. – 2,4%, 2010 р. – 7,1%, 2009 р. – 5,1%).

У 2013 р. показник ЧПМД був менший, ніж цільові показники, і це єдиний рік, коли область наблизилася до цільового показника (1,1%). Але за 2014 р. показник зріс до 3,6%, що перевищує цільовий по області – 2,0%. Загальна тенденція вказує на зменшення рівня вертикальної трансмісії.

№ 2. Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009–2016 рр., на 100 тис. нас. (за даними Держкомстату, Показник № 4 плану МіО). Цільове значення (10,7 на 100 тис. нас.) досягнуто.

Різниця між показниками смертності Держкомстату та звітної форми річної Ф 2 пов'язана, по-перше, з різним терміном формування звітів, по-друге, до даних Держкомстату входять померлі від ВІЛ-інфекції – мешканці інших регіонів.

Показники смертності населення від хвороб, зумовлених ВІЛ, з 2009 2016 рік були нестабільні, у 2010 та 2013 рр. показники були меншими за цільові індикатори, але протягом останніх трьох років реєструється зростання показника смертності – з 7,2 у 2013 р. до 8,7 на 100 тис. нас. у 2016 р. 4 показник не перевищував цільовий індикатор по області (10,7 на 100 тис. нас.). У цілому упродовж періоду спостереження (з 2009 р.) реєструється поступове зростання рівня смертності.

№ 3. Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009–2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МіО). Цільове значення (4,5 на 100 тис. нас.) досягнуто.

Показник впливу «Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ» у 2016 р. досяг цільового показника і дані статистики щодо смертності – 2,9 на 100 тис. нас. менший за цільовий показник, який становить 3,2 на 100 тис. нас. Але ці показники нестабільні, зниження смертності у 2016 р. не свідчить про сталі тенденції.

Зниження показника смертності від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ реєструвалося у 2011, 2013, 2016 рр. У порівнянні з 2015 р., показник зменшився на 32%.

В області виявлена тенденція взаємозв'язку причин смертності серед ЛЖВ – основна причина летальних випадків пов'язана з туберкульозом. За роки спостереження (з 2009 по 2016 р.) доля туберкульозу серед причин смертності становила 56% – у 2014 р. і 33,55% – у 2016 р.

№ 4. Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, % (Показник № 3 плану МіО). Цільове значення – 0,07% досягнуто.

Згідно методології, показник поширеності ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки розраховується за даними: кількість вагітних за кодом 109.1.1 та 109.1.2, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ при проведенні підтверджувальних досліджень методами серологічної діагностики, із загальної кількості вагітних за кодом 109.1.1 та 109.1.2, які були обстежені при скринінгових дослідженнях на ВІЛ-інфекцію. Найбільша кількість вагітних у віковій категорії 15–24 роки була зареєстрована у 2013 р. – 11 випадків.

Протягом чотирьох останніх років реєструється значне зменшення кількості вагітних у віковій категорії 15–24 роки на – 32,4%. Поширеність ВІЛ у 2013–2015 рр. знаходилася на рівні 0,1–0,2%, у 2016 р. випадків ВІЛ у цій віковій категорії вагітних в області не було зареєстровано. Цільовий показник 2018 р. складає 0,07% (обласна програма).

№ 5.

Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009–2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО). Відзначається покращення показника.

Поширеність ВІЛ серед вагітних у містах Запорізької області упродовж періоду спостереження (2009 – 2016 рр.) не перевищувала 0,81% (2014 рік), і останні два роки зменшилася до 0,6%. Динаміка поширеності ВІЛ серед загального населення та серед вагітних, обстежених за кодом 109.1, за даними СЕМ, має подібні тенденції..

Аналіз індикаторів

№ 6.

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24, 2009–2016 рр. (Показник № 6 плану МіО). За відсутності даних 2015 р., показник погіршився у 2013 р.

Показники інфікованості наркозалежних у віковій категорії 15–24 роки з 2009 по 2013 рік нестабільний і складав у 2009 р. – 9,9%, у 2011 р. – 0%, у 2013 р. – 12,6, у 2015 р. – немає даних. Але цей показник перевищує цільові значення 2018 р. – 3,5%. Саме у цій віковій категорії інфікованість ВІЛ вища за загальні показники інфікованості у всій групі ЛВІН. Причиною може бути те, що молоді ЛВІН менше охоплені профілактичними програмами (профілактичні програми охоплюють «старих» ЛВІН з великим стажем вживання наркотиків). У порівнянні з показником №25 щодо охоплення ЛВІН профілактичними програмами – цей показник зростає, але це не впливає на рівень інфікованості серед молодих ЛВІН.

№ 7.

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

Показники інфікованості робітників комерційного сексу у віковій категорії 15–24 роки має тенденцію до зменшення протягом усього періоду спостереження – з 9,3% у 2009 р. до 0% у 2015 р. Причиною цієї тенденції є те, що зростає охоплення профілактичними програмами РКС – з 19,2% у 2009 р. до 36,1% у 2016 р.

№ 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). Відзначається погіршення показника. Упродовж БПД 2011–2013 рр. реєструється тенденція до зростання показника інфікованості ВІЛ серед ЧСЧ – з 0,7% до 3,6% на тлі зростання рівня охопленості ЧСЧ профілактичними програмами. У 2015 р. – немає даних. Причини зростання інфікованості ВІЛ у цій віковій категорії ЧСЧ потребують подальшого вивчення.

Індикатори впливу додаткові

№ 9. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр. Відзначається зростання показника.

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, за результатами СЕМ, на 100 тис. нас. за 2009–2016 рр. нестабільна, але має тенденцію до зростання – з 25,7 до 38,9 у 2016 р. Причиною такої ситуації є те, що змінюється тактика тестування на ВІЛ пацієнтів у лікарнях: зростає кількість обстежених пацієнтів з груп ризику та кількість обстежених з клінічними показниками; з 2015 р. в області впроваджується тестування швидкими тестами, що сприяє доступу до тестування мешканців сільської місцевості.

№ 10. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр. Відзначається зростання показника.

За даними РЕН, захворюваність на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. нас. має тенденцію до зростання – з 27,5 у 2009 р. до 41,2 у 2016 р. Обидва показники (№9, №10) мають схожу тенденцію до зростання. Співпадіння тенденцій обох показників є свідченням стабільно налагодженої системи взяття на медичний облік вперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб та оптимізації маршруту пацієнта. У 2016 р. склалася ситуація, коли активно були залучені до взяття на медичний облік пацієнти, яких було втрачено раніше.

**№ 10.1
та 10.2.**

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед жінок області значно нижча (27,6 на 100 тис. нас.), ніж серед чоловіків (60,2 на 100 тис. нас.), практично удвічі. До того ж, захворюваність серед чоловіків у 2016 р. зросла на 35%. Натомість серед жінок вона має більш стабільну тенденцію у 2016 р. зареєстровано зростання на 14%.

Питома вага як чоловіків, так і жінок у віці 15–24 роки серед загальної кількості вперше виявлених випадків інфікування протягом 2009–2016 рр. має чітку тенденцію до зменшення на тлі зростання показників загальної захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

№ 10.3

та № 10.4. У межах області епідемія концентрується у містах: 80,5% – у 2015 р., 79,2% – у 2016 р.; частка нових випадків серед сільського населення у 2015 р. склала 19,5%, у 2016 р. – 20,8%. Проте реальна ситуація в показниках на 100 тис. нас. виглядає інакше. У 2016 році показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. нас. серед мешканців міст зріс на 24,2% і склав 42,1 проти 33,9 у 2015 р. Серед мешканців села зареєстровано зростання цього показника на 35,3%, що складає 37,2 проти 27,5 у 2015 р. на 100 тис. нас.

№ 10.5

Епідемія ВІЛ-інфекції концентрується переважно серед осіб репродуктивного віку, але зростання показників виявлення нових випадків серед вікової групи 50 років та старше є ще одним свідченням ознак «старої» епідемії. Певним обмеженням аналізу вікової структури епідемії є те, що РЕН аналізує досить велику вікову категорію – 25–49 років, що унеможливлює проведення аналізу за рівними віковими категоріями.

Вище середньообласного показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. нас. зареєстровані у 2016 р. в Мелітополі (75,12), Мелітопольському (86,03) та Михайлівському (71,8) районах області.

№ 45

ДОДАТКОВИЙ. Захворюваність на СНІД на 100 тис. нас. у 2009–2016 рр. має тенденцію до зростання – з 7,93 у 2009 р. до 25,6 на 100 тис. нас. у 2016 р. Середньообласний показник захворюваності на СНІД на 100 тис. нас. збільшився на 19,4 % і склав у 2016 р. 25,44 проти 21,31 у 2015 р. У порівнянні з попереднім роком, абсолютна кількість випадків СНІДу збільшилася – з 376 у 2015 р. до 447 у 2016 р. Протягом 2016 р. виявлено вперше з ВІЛ-інфекцією на стадії СНІДу 262 особи.

№ 12

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

Загальний рівень смертності серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів коливається у межах 9,6 – 12,4, проте спостерігається тенденція до зростання, що пов'язано з поширенням епідемії в області, зростанням кількості пацієнтів, які знаходилися на диспансерному обліку.

№ 13

Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр. Відзначається погіршення ситуації. Смертність серед ВІЛ-інфікованих внаслідок захворювання, пов'язаного з ВІЛ-інфекцією, має тенденцію до зростання – з 5,1 у 2009 р. до 8,2 у 2016 р.

На тлі зменшення чисельності населення області за останні чотири роки реєструється зростання абсолютної кількості смертей та відносних показників смертності на 100 тис. нас.

У порівнянні із захворюваністю на СНІД (показник № 45), який значно зростав у 2010–2012 рр. та 2016 р. (25,6 на 100 тис. нас. – на 19,4%), показник смертності від СНІДу мав більш стабільну динаміку – у 2016 р. зареєстровано зменшення смертності від СНІДу на 6,8%.

Показник смертності перевищує середньообласний в 1,8 раза у Мелітополі (14,77 на 100 тис. нас.); втричі у Михайлівському (27,35 на 100 тис. нас.), вдвічі у Василівському (20,13 на 100 тис. нас.) та Мелітопольському (18,0 на 100 тис. нас.) районах.

№ 46.

ДОДАТКОВИЙ. Загальна летальність від СНІДу, %. Показник летальності від СНІДу має чітку тенденцію до зменшення упродовж періоду спостереження – від 47,9% у 2009 р. до 19,5% у 2016 р. Причиною є зміна підходів до встановлення діагнозу (з урахуванням визначення CD-4 у перші дні встановлення діагнозу), а також зростання кількості пацієнтів, які розпочинають АРТ.

№ 15.

Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр. Відзначається зростання показника. Поширеність ВІЛ-інфекції, за даними РЕН, серед осіб віком 15+ має стабільну тенденцію до зростання – з 154,4 у 2009 р. до 276,8 на 100 тис. населення у 2016 р., що пов'язано із зростанням рівня захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області, як наслідок – кількістю людей, які живуть з ВІЛ у регіоні, а також з тим, що показники смертності серед ЛЖВ нижчі за показники захворюваності.

Найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. нас. відзначаються у містах – Мелітополі (489,3), Енергодарі (342,2), Бердянську (318,3) та Михайлівському (410,3), Розівському (366,8) Мелітопольському (366,1), Василівському (332,8) районах області.

№ 17. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009–2016 рр.

Відзначається погіршення ситуації. Загальна частка ЛВІН, які живуть з ВІЛ, мала тенденцію до зменшення – з 10,7% у 2009 р. до 5,8% у 2011 р. та 2,2% у 2013 р. Проте у 2015 р. зареєстровано зростання показника до 8,7%, що залежить передусім від підходів до проведення біоповедінкових досліджень, а саме: у 2015 р. проводився цільовий відбір з метою уникнення потрапляння до тестування осіб з інших груп – не ЛВІН. Показники поширеності ВІЛ серед ЛВІН значно нижчі за цільові показники (18,2% – у 2013 р.) і показники інфікованості ВІЛ серед ЛВІН по країні.

№ 18. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009–2016 рр.

Відзначається погіршення ситуації. Загальна частка ПКС, які живуть з ВІЛ, має тенденцію до зростання – з 3,7% у 2009 р. до 7,1% у 2015 р., а також більший за цільовий показник 2013 р., який становив 4,4%. Натомість у віковій категорії 15–24 роки інфікованість ВІЛ зменшується, як і в цілому у цій віковій категорії серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. Причиною зростання частки ПКС, інфікованих ВІЛ, можливо, є те, що серед них реєструється високий відсоток ЛВІН.

№ 19. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009–2016 р.

Відзначається покращення ситуації. Загальна частка ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, має тенденцію до зменшення – з 4,9% у 2011 р. до 4,6% у 2015 р., а також менший за цільові показники 2013 р., який становив 7,9%.

Інші індикатори, регіональний План МіО

№ 20. Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2013–2016 рр. (Показник № 18 плану МіО). Показник становить 54%, це нижче за цільовий показник по країні за 2018 рік, який має складати 70%.**№ 21.** Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013–2016 рр. (Показник № 19 плану МіО).

Відзначається погіршення ситуації. Зростання показників уперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб, яких взято під диспансерний нагляд на III та IV стадіях ВІЛ-інфекції – з 38,7% у 2013 р. до 46,6% у 2016 р. Зростання показників смертності від СНІДу є результатом не тільки несвоєчасного виявлення (а також реєстрації) ВІЛ-позитивних осіб, але й обмеження доступу до медичних послуг для ЛЖВ, по-перше, в тестуванні, по-друге, в охопленні АРТ. Показник 2016 р. перевищує цільовий показник, визначений обласною соціальною цільовою програмою – 36,5%.

№ 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).

Показники активної диспансеризації за останні три роки зріс з 75,5% до 80,3%, досяг цільового показника обласної цільової соціальної програми і є результатом

надання якісних та доступних послуг з медичного спостереження та соціального супроводу, а саме формування прихильності до диспансеризації. Проте щороку близько 20% пацієнтів втрачаються з медичного обліку, їм не призначається АРТ. Саме ці пацієнти є потенційними джерелами інфікування ВІЛ.

- № 23.** Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ, через 12 міс. після її початку, 2013–2015 рр. (Показник № 24 плану МіО). Цільове значення не досягнуто. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ, через 12 міс. після її початку коливався, у 2014 р. зріс до 79,3%, але у 2016 р. зменшився до 77,5%. Цей показник нижчий за цільовий, який визначений обласної Програмою – 85%. Причиною низького показника когорти осіб, які отримують АРТ, є високий рівень смертності серед ЛЖВ, низька прихильність до лікування, а також те, що не спрацьовують проекти підтримки прихильності, які проваджує НУО.
- № 24.** Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник № 28 плану МіО). Дослідження проведені GLZ вперше у регіоні у 2016 р. В динаміці не вивчався. Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, складає в області 65%.
- Сприйняття дітей з ВІЛ-позитивним статусом: серед населення України 34% осіб вважають, що ВІЛ-позитивні діти можуть ходити до однієї школи разом з ВІЛ-негативними дітьми (40% – серед молоді, 35% – серед населення Запорізької області).
- Заперечують це 22% серед населення загалом, 18% – серед молоді, 22% – жителів Запорізької області, 12% – готові допустити ЛЖВ як колег або ближче, стільки ж (12%) готові допустити бісексуалів, 8% – трансгендерів, 7% – гомосексуалів, по 4% – ЛВІН та ПКС.
- № 25.** Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. (Показник №14 плану МіО). Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, щороку зростає – з 3137 у 2013 р. до 5884 у 2016 р. і перевищує цільові показники, визначені обласною Програмою (3735 осіб).
- № 25.1.** Згідно додаткового показника, відсоток ЛВІН, охоплених профілактичними програмами, також щороку зростає і становив у 2016 р. 50,3% від оціночної кількості ЛВІН (11700)
- № 26.** Кількість ПКС, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. (Показник №15 плану МіО). Кількість ПКС, охоплених профілактичними програмами, щороку зростає – з 481 у 2013 р. до 902 у 2016 р. і перевищує цільові показники, визначені обласною Програмою (568 осіб).
- № 26.1.** Згідно додаткового показника, відсоток ПКС, охоплених профілактичними програмами, щороку зростає і становив у 2016 р. 36,1% від оціночної кількості ПКС (2500). Проекти з надання послуг ПКС виконують працівники БО «БФ «Сподівання» у співпраці з Клінікою, дружньою до молоді, БО «БФ «Все можливо». Протягом звітного періоду послуги з профілактики ВІЛ/СНІДу, ІПСШ загалом отримали 549 ПКС.
- № 27.** Кількість ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. (Показник №16 плану МіО).
- Кількість ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, щороку зростає – з 1225 у 2013 р. до 2463 у 2016 р. і перевищує цільові показники, визначені обласною Програмою (1943 осіб).

№ 27.1. Згідно додаткового показника, відсоток охоплених профілактичними програмами ЧСЧ щороку зростав і становив у 2016 р. 44,0% від оціночної кількості ЧСЧ (5600). В області проекти з надання послуг чоловікам, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), виконувалися працівниками Запорізького обласного благодійного фонду «Гендер Зед».

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

Цільове значення показника не досягнуто. Відсоток ЛЖВ, охоплених послугами з догляду та підтримки, не має чіткої динаміки до збільшення, зважаючи на зростання показника поширеності ВІЛ-інфекції :у 2016 р. зареєстровано зростання кількості осіб, охоплених послугами з догляду та підтримки з 37,8% у 2013 р. до 56,6 у 2016 р., – за рахунок розширення послуг на сільські райони, де раніше представники НУО не працювали. Не враховуються дані щодо охоплення послугами з догляду та підтримки медпрацівниками обласного Товариства Червоного Хреста, яке підтримується Національним Червоним Хрестом Франції.

№ 29. Відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник №10 плану МіО).

За даними біоповедінкових досліджень 2013 та 2015 рр., спостерігається зростання відсотка ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ з 15,3% до 43,9%, що пов'язано із зростанням охоплення ЛВІН профілактичними програмами та доступом до цих послуг. Показник практично досяг цільового значення – 45,0% .

№ 30. Відсоток РКС, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник №11 плану МіО).

Цільове значення не досягнуто. За даними біоповедінкових досліджень 2013, 2015 рр, спостерігається зростання відсотка РКС, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ з 35,8% до 58,2%, що пов'язано із зростанням охоплення РКС профілактичними програмами та доступом до цих послуг. Показник не досягає цільового значення 2016 р. – 65,0%.

№ 31. Відсоток ЧСЧ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник №12 плану МіО).

Показник перевищує цільове значення – 45,0%. За даними біоповедінкових досліджень 2013, 2015 рр., спостерігається зростання відсотка ЧСЧ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ з 26,1% до 46,6%, що пов'язано із зростанням охоплення ЧСЧ профілактичними програмами та доступом до цих послуг.

№ 32. Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник №13 плану МіО).

Згідно даних СЕМ, відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ з використанням швидких тестів та ІФА, . зменшується – з 67,7% у 2013 р. до 60,1 % у 2016 р. Найгірший показник обстеження у 2015 р. – 11,7%, що пов'язано з доступом до тестування засуджених – недостатньою кількістю швидких тестів. Обмеження показника – знаменник, «середньорічна кількість пенітенціарного населення» знижена у зв'язку з тим, що не враховані прибулі упродовж року.

№ 32.1. Додатковий. При аналізі додаткового показника – «Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, з виявленим позитивним результатом, 2013–2016 рр.», встановлено що показник інфікованості засуджених щороку є нестабільним – від 1,7% у 2016 р. до 9,7% у 2015 р. Причиною такого коливання

є, скоріше за все, різні підходи до тестування у різні роки – використання швидких тестів, яке часто є недоцільним (для засуджених, які вже знають про свій ВІЛ-позитивний статус – у 2015 р.).

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

Кількість ЛЖВ, які потребують АРТ і які на даний час його отримують, зростає – з 1565 у 2013 р. до 2498 у 2016 р. До цього показника увійшли засуджені, які отримують АРТ. Цільовий показник обласної цільової програми 2016 р. досягнутий (2380). За даними каскадного аналізу, тільки 59,3% осіб, які знають про свій позитивний статус, отримують АРТ.

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

Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, зростає – з 80,1% у 2013 р. до 86,2% у 2016 р., але у 2014 р. був зареєстрований спад в динаміці лікування хворих з поєднаною патологією. У 2016 р. показник лікування хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ перевищує цільові показники (55,0%).

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

Показник не досяг цільового значення 2016 р. – 99,0%. Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей у 2014 р. досяг 100%, але протягом наступних трьох років зменшувався – до 94,2% у 2016 р. За 2016 рік взято на АРТ семеро дітей. Не отримували АРТ у 2016 р. четверо дітей

№ 36. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ, 2013–2016 рр. (Показник №27 плану МіО).

Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ, поступово зростає – з 7,5% у 2013 р. до 11,5 % у 2016 р., але не досягає цільового значення – 20,0% у 2016 р., 35% у 2018 р. Одночасно ЗПТ та АРТ отримують 100 осіб. Серед вагітних, які знаходились на обліку в 2016 р., дві активні ЛВІН, одна – на ЗПТ (м. Бердянськ).

№ 36.1. Додатковий. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ, від оціночної кількості ЛВІН з опіоїдною залежністю – показник охоплення ЗПТ наркозалежних з опіоїдною залежністю від оціночної їх кількості становив у 2013 р. – 3,1%, у 2016 р. – 4,0% .

№ 37. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013–2016 рр. (Показник №1 плану МіО).

Потягом звітного періоду в області виконувалися завдання та заходи Загальнодержавної соціальної цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки та обласної соціальної цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки, яка затвердженої Рішенням 46 сесії 6-го скликання Запорізької обласної ради №10 від 27.08.2015 р.

Фінансування заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Запорізькій області у 2013–2015 рр. (тис. грн.) за даними дослідження з національних витрат (ДОНВ), у 2016 р. дослідження не проводилися.

Джерела фінансування (грн.)

Джерела фінансування	2013 рік	2014 рік	2015 рік
Державний бюджет	7 540 247,76	7059959,75	8590174,29
Місцевий бюджет	25 103 569,50	28054725,23	28006283,57
Міжнародні джерела фінансування	5 889 718,90	16700786,46	17086580,23
Інші, недержавні джерела фінансування	691 980,00	1393023,98	8057230,58
Усього	39 225 516,16	53208495,42	61 740 268,67

Фінансування заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІД (грн.)

№ показника	Витрати, грн.	2013 рік	2014 рік	2015 рік
№ 37.1.1	АРТ	5486608,7	7657637,4	8048038,5
№ 37.2	КІТ	1512264,8	806396,36	1966146,25
№ 37.3	СІН	1673886,35	6981604,64	2836669,30
№ 37.4	РКС	40241,33	150874	215523,41
№ 37.5	ЧСЧ	90204,72	108119,73	217145,49

№ 38.

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

Згідно бюджетних розписів, затверджених рішенням обласної ради «Про обласний бюджет області на ____ рік», за 2013, 2014, 2015 роки, цільового фінансування Програми не відбувалося. Виконання заходів програми здійснювалося за рахунок коштів загального фонду бюджету на утримання установи. У 2016 р. фінансування заходу Програми щодо оздоровлення дітей з ВІЛ-інфекцією проводилося за рахунок Департаменту соціального захисту населення, виконавець – Запорізьке обласне відділення Всеукраїнської Мережі ЛЖВ. Витрачено сума – 30,0 тис. грн.

№ 39.

Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник №17 плану МіО).

Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів, практично щороку зростає. В області налічується всього 567 навчальних закладів, мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ – 549, у т.ч. відсоток складає 96,8%, який перевищує цільовий показник 2016 р. – 90,0%.

Додаткові індикатори

№ 40.

Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013–2016 рр.

Відсоток осіб, охоплених АРТ, від активної диспансерної групи зростає – з 52,9% у 2013 р. до 71,3% у 2016 р. До кількості осіб, які отримують АРТ і входять до активної диспансерної групи, увійшли засуджені.

№ 41.

Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазідом від активної диспансерної групи, 2013–2016 рр.

Відсоток осіб, охоплених профілактичним лікуванням ізоніазідом, щороку зростає – з 60% у 2013 р. до 85,4% у 2016 р.

Індикатори каскаду

Аналіз каскаду профілактичних та медичних послуг станом на 01.01.2017 р.

Каскад з профілактики та лікування ЛЖВ в Запорізькій області визначає як прогалини, так і цілі, які відповідають завданням UNAIDS «90-90-90».

Оціночна чисельність ЛЖВ в області станом на 01.01.2017 р. становила 5300 осіб за даними програми СПЕКТРУМ, дані розраховано з урахуванням біоповедінкових досліджень 2015 р.

Знають про свій ВІЛ-позитивний статус – пройшли тестування та знаходяться на медичному обліку на початок 2017 р. 4209 осіб, або 79,4%; протягом 2016 р. кількість осіб, які знають про свій позитивний статус, зросла на 313 осіб. Мета, яку потрібно досягти до 2020 року з урахуванням цілей UNAIDS – 4770 осіб, у т.ч. 561 особа наразі проживає в області з ВІЛ і не знає про свій ВІЛ-позитивний статус. До того ж, варто враховувати те, що кожного року інфікуються ВІЛ нові мешканці області.

Активна диспансерна група – кількість пацієнтів, які пройшли диспансерне обстеження принаймні один раз на рік 3350 осіб, що складає 79,6% від фактичної диспансерної групи та 63,2% – від оціночної кількості ЛЖВ.

№ 42.

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

Отримують АРТ 2498 осіб (дані рутинного нагляду за АРТ, Ф 56, з урахуванням засуджених служби УКВС), що складає 47,1% від оціночної кількості ЛЖВ та 59,3% від офіційно зареєстрованої кількості ВІЛ-позитивних пацієнтів, які знаходяться на медичному обліку (осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус). Для досягнення мети «90% пацієнтів отримують АРТ у 2020 р. – 4293 пацієнти» протягом чотирьох років потрібно призначити АРТ 1795 особам, без урахування тих, хто буде інфікований упродовж цього періоду.

Мають невизначуване ВН: розрахована чисельність зареєстрованих ЛЖВ на АРТ з невизначуваним ВН (<40 РНК-копій/мл). У 2015 році в Запорізькій області 73% зразків крові показали невизначуване ВН (<40 РНК-копій/мл). Отже, з 1952

ЛЖВ, які отримували АРТ станом на 01.01.2016, невизначуване ВН мали 73% ЛЖВ на АРТ, тобто 1418 осіб.

Ситуація змінилася у 2016 році.

№ 43. Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівню ВН, станом на 01.01.2017 р.

Згідно даних верифікації бази пацієнтів, які обстежені на визначення рівня ВН протягом 2016 р., встановлено, що кількість пацієнтів, які мають дані щодо рівня ВН – 2100, з них 1697 ВІЛ-інфікованих осіб досягли невизначуваного рівня ВН (80,8%). Зареєстровано зростання показника ефективності лікування – ВН, у порівнянні з даними станом на 01.01.2016, на 15 %.

№ 44. Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р.

Для досягнення третьої цілі «90% в стратегії Fast Track» необхідно, щоб до 2020 р. у 3864-х ЛЖВ, які будуть отримувати АРТ, ВН було невизначуваним.

Каскад демонструє прогалини у наданні послуг для ЛЖВ у Запорізькій області. Кількість зареєстрованих ЛЖВ у КУ «Центр СНІД» ЗОР становить 79,4% від оціночної чисельності ЛЖВ в області. Із загальної кількості ЛЖВ, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, 59,3% отримують АРТ; із загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб на АРТ 68% мають пригнічення ВН. Отже, 40,3% осіб від диспансерної групи ЛЖВ (1697 із 4209), або 32% із загалу оціночної чисельності ЛЖВ в області, отримують ефективне лікування.

ДОДАТОК 2.

Аналіз відповіді області на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за цільовими показниками «90-90-90»

Аналіз відповіді області на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за цільовими показниками «90-90-90» починається з розрахунку фактичних та цільових значень показників:

1. Оціночна кількість ЛЖВ.
2. Рівень виявлення інфекції ВІЛ/СНІДу та обізнаності щодо свого статусу.
3. Рівень отримання АРТ серед ЛЖВ.
4. Рівень вірусного навантаження.

Показник	Відповідний індикатор регіональної системи МіО	Джерело даних
Оціночна кількість ЛЖВ	Кількість ЛЖВ серед осіб віком станом на 01.01.2017 р. 5300 осіб	Оціночні дані СПЕКТРУМ
Рівень виявлення інфекції ВІЛ/СНІДу та обізнаності щодо свого статусу Цільове значення на 2020: 90%	% ЛЖВ у віці, які знають про свій ВІЛ+ статус на 01.01.2017 р. 79,4% Чисельник – кількість осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу в Україні станом на 01.01.2017 р. 4209 осіб Знаменник: Оціночна кількість ЛЖВ станом на 01.01.2017 р., за СПЕКТРУМ 5300 осіб	Чисельник: Форма звітності № 2 – ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20_ рік». Наказ МОЗ України №180 від 05.03.2013 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований у Міністерстві юстиції України від 27.03.2013 № 497/23029 за 2014, 2015, 2016 рр. Знаменник: Оціночні дані за СПЕКТРУМ
Рівень отримання АРТ серед ЛЖВ Цільове значення на 2020: 90%	% ЛЖВ, які отримують АРТ станом на 01.01.2017 р. 47,1% Чисельник: Кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу в Україні та отримують АРТ станом на 01.01.2017 р. 2498 осіб Знаменник – оціночна кількість ЛЖВ станом на 01.01.2017 р. за СПЕКТРУМ 5300	Чисельник: Показник № 22 плану МіО. Форма № 56 «Звіт про надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД станом на ____ 2 ____ року» за 2014, 2015, 2016 рр. Клінічний моніторинг лікування ВІЛ-інфікованих осіб. Наказ МОЗ України «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфікованих осіб та інструкцій щодо їх заповнення» від 21.03.2012 № 182, зареєстрований Міністерством юстиції за № 794/2110718 від 18.05.2012 р. Знаменник: оціночна кількість ЛЖВ станом на 01.01.2017 р. за СПЕКТРУМ
Рівень вірусного навантаження Цільове значення на 2020: 90%	% ЛЖВ, які мають невизначуваний рівень ВН (<40 копій/мл) станом на 01.01.2017 р. 67,9% Чисельник: Для областей, що ведуть СТМА та МІС – дані із баз даних про кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р. 1697 ЛЖВ Для інших – розрахункова кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р. Знаменник: Кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу в Україні та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р. 2498 осіб	Чисельник: Дані за СТМА та МІС 2) Розрахункова кількість (за відсутності б/д) Знаменник: Кількість ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу в Україні та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.

При здійсненні Оцінки враховуються певні обмеження дослідження: існуюча система визначення захворюваності на ВІЛ-інфекцію (РЕН) базується на встановленні кількості вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення, без урахування істинної захворюваності протягом визначеного періоду (рік, півріччя, квартал). Реєструються також випадки ВІЛ-інфекції у пацієнтів, які заразилися ВІЛ декілька років тому. Певним обмеженням аналізу вікової структури епідемії є те, що РЕН аналізує досить велику вікову категорію – 25–49 років, що унеможлиблює проведення аналізу по рівним віковим категоріям.

Основні обмеження каскадного аналізу:

- до каскаду не включені діти у стадії уточнення діагнозу (155 осіб), серед яких є певна кількість дітей, яким буде встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція»;
- дефініція «знають свій ВІЛ-позитивний статус» включає осіб, які знаходяться на медичному нагляді; на цей показник впливає рівень охоплення диспансерним наглядом осіб із загальної кількості виявлених з позитивним результатом, який, наприклад, становив у 2013 р. – 75,6%, у 2014 р. – 80,2%, у 2015 р. – 79,6%, у 2016 р. – 89,9%;
- із 398 пацієнтів на АРТ, які не проходили обстеження на визначення вірусного навантаження, є певна кількість осіб, ВН яких має невизначуваний рівень.

DRAFT

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

ЗВІТ

Автори звіту:

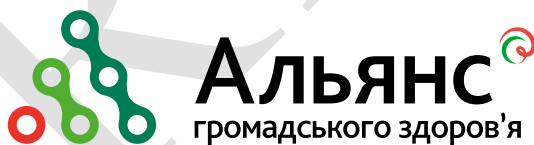
О. Петровська
О. Велигодська
Т. Тарасова
О. Недужко
Ю. Новак

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

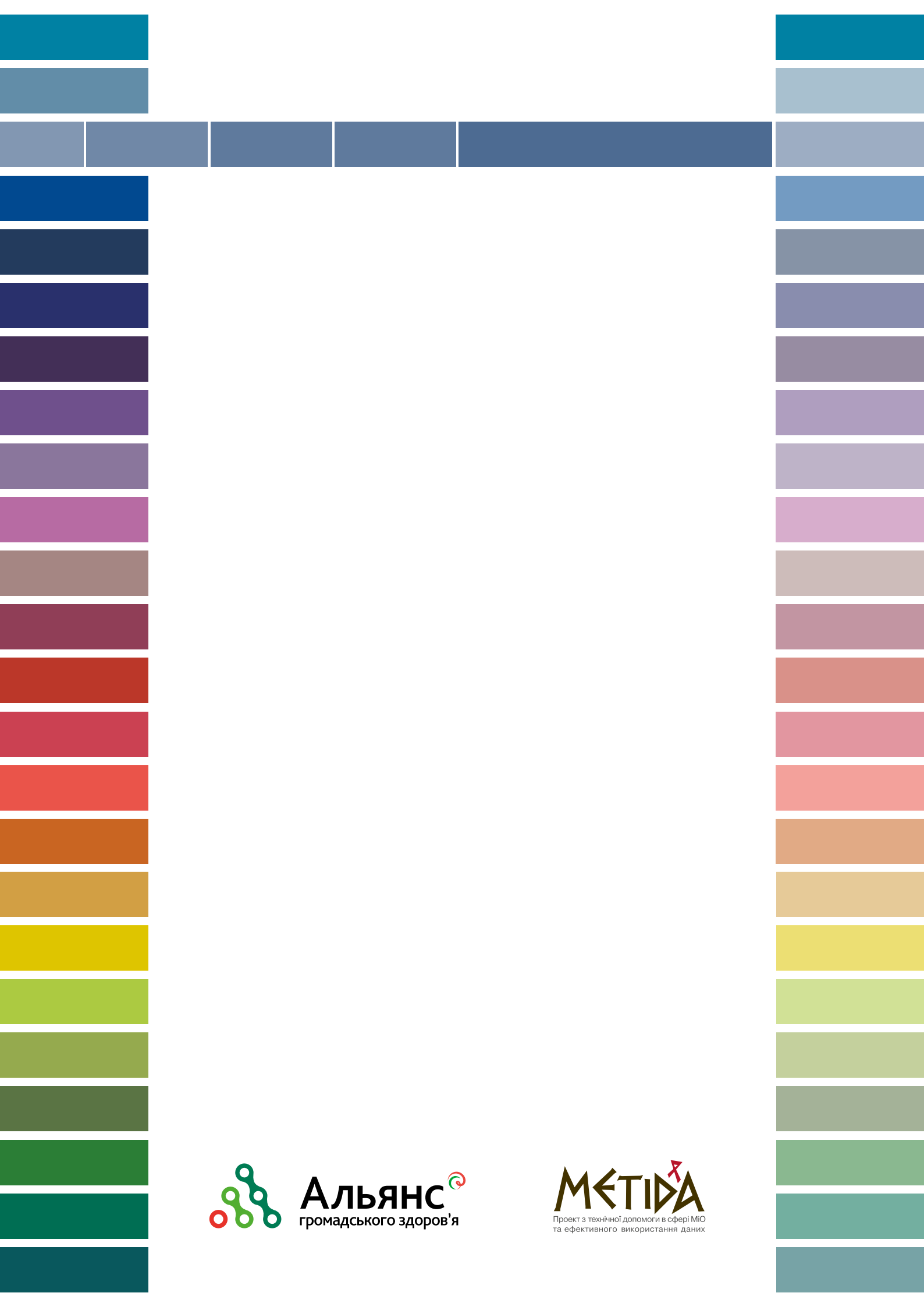
В. Божок



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

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60x90/8
Ум. друк. арк. 12,56
Тираж 50 прим. Замовл. № 27/2
Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство» Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончара, 55
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 от 30.11.2000 р.)



Альянс
громадського здоров'я

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