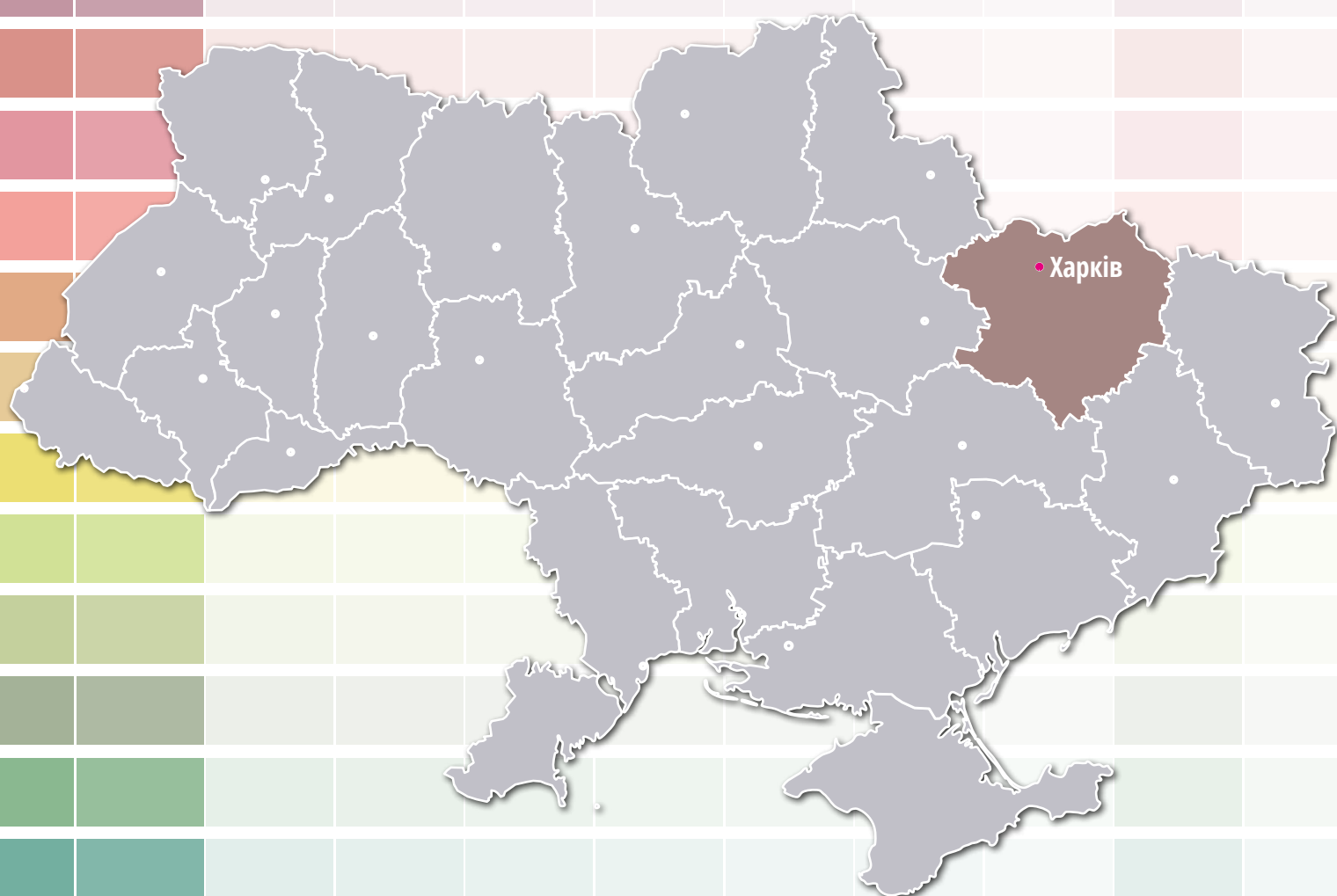


ЗВІТ

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

У ХАРКІВСЬКІЙ
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

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

У ХАРКІВСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.54)](047.32)

О-93

Авторський колектив:**Олександр Черкасов**, головний лікар (1)**Дмитро Куш**, завідувачий кабінетом організаційно-методичної роботи (1)**Катерина Задорожна**, завідувача амбулаторно-поліклінічним відділом (1)**Елла Югай**, соціальний працівник (1)**Ярослав Зелінський**, національний ментор, незалежний консультант (2)**Юлія Новак**, національний координатор з оцінки, старший фахівець з досліджень та регіонального аналізу (2)

(1) КЗОЗ Харківський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом

(2) МБФ «Альянс громадського здоров'я»

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Харківській області. Звіт** – Черкасов О., Куш Д., Задорожна К., Югай Е., Зелінський Я., Новак Ю. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 68 с.

ISBN 978-966-137-097-4

У Звіті представлено результати проведеної оцінки Обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки в Харківській 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 Харківській області у рамках виконання заходів Обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу 2009–2016 роки, а також описує пропозиції щодо шляхів вирішення виявлених проблем.

Інформація буде корисною для фахівців Департаменту охорони здоров'я Харківській обласній державній 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](477.54)](047.32)

ISBN 978-966-137-097-4

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2018

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	6
ВСТУП	8
1. МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ	10
2. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	12
2.1. Стан епідемічної ситуації в області станом на 01.01.2017 р.	12
2.2. Крос-секційний каскад лікування в Харківській області (станом на 01.01.2017).	13
2.3. Аналіз заходів Програми у відповідності до напрямків, визначених ВООЗ	14
2.3.1. Напрямок 1. Антиретровірусна терапія (АРТ).	14
2.3.2. Напрямок 2. Тестування і консультування на ВІЛ	17
2.3.3. Напрямок 3. Профілактичні послуги для ЛВІН	22
2.3.4. Напрямок 4. Профілактика ВІЛ серед ОСБ	25
2.3.5. Напрямок 5. Профілактика ВІЛ серед ЧСЧ	27
3. ПИТАННЯ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ВИВЧЕННЯ	31
4. ВИСНОВКИ	32
5. РЕКОМЕНДАЦІЇ	34
6. ПЛАН ЗАХОДІВ з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Харківській області за результатами проведеної оцінки Програми.	38
7. ДОДАТКИ ДО ОПИСОВОЇ ЧАСТИНИ	40
7.1. Рисунки	40
7.2. Таблиці	46
8. ДОДАТКИ	48
8.1. Таблиця значень індикаторів –Харківська область (Додаток до звіту № 1)	48
8.2. Характеристика Харківської області (Додаток до звіту № 2)	65
8.2.1. Адміністративно-територіальний устрій	65
8.2.2. Демографічні характеристики	65
8.2.3. Соціально-економічний розвиток Харківської області	68

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВП	антиретровірусні препарати
АРП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
ВДТБ	вперше діагностований туберкульоз
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГО	громадська організація
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКТ	добровільне консультування та тестування
ДОЗ	департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ДПтС	Державна пенітенціарна служба України
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення України
КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КЗОЗ	комунальний заклад охорони здоров'я,
ОЦПБС	Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом

КЗ	комунальний заклад
КІЗ	Кабінет інфекційних захворювань
КІТ	консультування і тестування на ВІЛ
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
МБФ	міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг та оцінка
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НУО	неурядова організація
ОДА	обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОСБ	особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу та оцінки
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
УОЗ	управління охорони здоров'я
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

До 2017 року Україна не мала досвіду комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм та їхнього впливу на епідемію ВІЛ-інфекції в областях. Дана оцінка стала важливим кроком у підготовці розробки регіональних програм на 2019–2023 роки, які повною мірою мають відповідати новій стратегії UNAIDS щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track), та забезпечать виконання цільових показників «90-90-90».

Для отримання необхідних даних були проаналізовані тенденції виконання індикаторів впливу на епідемію, досягнення індикаторів регіональної програми, плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (Плану МіО), цільових показників «90-90-90».

Було проведено аналіз реалізації регіональної програми за ключовими напрямками, визначеними Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ): антиретровірусна терапія, добровільне консультування та тестування, стан надання послуг ключовим групам населення: ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ.

Проаналізовано реалізацію програми в регіоні, зокрема, були розглянуті заходи, пов'язані з найскладнішими для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги.

Завдяки проведеній оцінці виявлені питання, які потребують особливої уваги:

- Існуючий обсяг охоплення АРТ не мав суттєвого впливу на зниження показника смертності від хвороб, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.
- Робота щодо формування прихильності у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД потребує вдосконалення.
- Незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ, темпи розширення програми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих осіб відстають від темпів збільшення кількості ВІЛ-позитивних осіб, що пояснюється обмеженим фінансуванням закупівель антиретровірусних препаратів за кошти Державного бюджету України та недостатністю наявних ресурсів.
- Практика залучення до тестування на ВІЛ, яка застосовується в області, не сприяє своєчасному виявленню ЛЖВ: тестування, як правило, проводиться методом ІФА. Час, який відводиться на отримання результатів підтверджуючого тесту, збільшує ризики несвоєчасного взяття під медичний нагляд: людині доводиться певний час чекати на результати, що спричиняє зниження мотивації вчасно зареєструватись в медичному закладі. Відповідно, ЛЖВ випадають з-під медичного спостереження на етапі підтвердження результатів діагнозу.

- Мешканці сіл мають певні обмеження доступу до ПТВ: протестуватись можна лише у випадку звернення до ЗОЗ вторинного та третинного рівня, які розташовані у містах та селищах міського типу.
- Низький рівень охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.

На підставі отриманих даних та з урахуванням цілей Стратегії UNAIDS «90–90–90» сформульовано відповідні рекомендації для розробки регіональної програми на 2018–2023 рр., які необхідно впровадити на рівні громад, окремих закладів охорони здоров'я, системи охорони здоров'я регіону.

Результати оцінки будуть корисними для представників влади, відповідальних за прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, представників медичної спільноти та неурядових організацій, які працюють задля впровадження системних конструктивних змін у системі охорони здоров'я.

ВСТУП

За оцінкою ВООЗ/UNAIDS Україна продовжує залишатись регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ серед країн Центральної Європи та Східної Азії. Аналіз ситуації щодо ВІЛ/СНІДу свідчить про те, що контроль за епідемією здійснюється не повністю: лише кожна друга ВІЛ-інфікована особа знає про свій позитивний статус і звертається до медичного закладу; відзначається високий відсоток позитивних результатів серед донорів крові, передусім первинних; не зменшується частка дітей із вродженою ВІЛ-інфекцією; набуває все більшу епідемічну значимість високо стигматизована група чоловіків, які мають секс з чоловіками. Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення людей, які живуть з ВІЛ, за медичною допомогою, а, відтак, пізнє виявлення СНІДу та поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності серед хворих. Вищезазначене обґрунтовує висновок щодо відсутності комплексності у підходах, що поєднують профілактичні та лікувальні програми на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії епідемії.

На сьогодні Україна має затверджену на законодавчому рівні національну стратегію щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції – Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (далі – Національна програма).

Керуючись Національною програмою і зважаючи на епідеміологічну специфіку на регіональному рівні затверджено Регіональний комплексний план заходів із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, також, відповідні заходи внесені до комплексної обласної програми «Здоров'я Слобожанщини».

У Харківській області фахівцями державних та неурядових організацій спільно проводиться низка заходів у рамках обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Метою спільної діяльності є зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, організація надання необхідних інтегрованих, якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ.

Завдяки технічній допомозі міжнародних організацій Харківщина стала центром апробації новітніх технологій та сучасних стратегій у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

Харківська область належить до регіонів України з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції. Водночас, протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку Харківської області.

Епідемічна ситуація характеризується високим рівнем поширення ВІЛ серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, переважним ураженням осіб працездатного віку, нерівномірним поширенням та зміною основного шляху передачі інфекції з парентерального на статевий. Епідемія є вагомим чинником впливу на працездатне населення області та призводить до негативних соціально-економічних наслідків.

Ситуація щодо поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в області, як і в Україні загалом, продовжує залишатися складною. Зважаючи на це, проведення ґрунтовного аналізу епідемічної ситуації та за-

ходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Харківській області є важливим та актуальним. Адже, тільки спираючись на об'єктивні дані, можна забезпечити ефективну відповідь на епідемію.

Метою даної роботи є оцінка відповіді Харківської області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та вироблення рекомендацій щодо формування регіональної програми на 2019–2023 рр. Робота проводилася в рамках спільного проекту ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

Перед дослідницькою групою були поставлені наступні завдання:

1. Проаналізувати тенденції розвитку показників впливу на епідемію, досягнення індикаторів регіональної програми, плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (Плану МіО), цільових показників «90-90-90».
2. Проаналізувати реалізацію регіональної програми за ключовими напрямками, визначеними Всесвітньою організацією охорони здоров'я.
3. Проаналізувати реалізацію регіональної програми, розглянувши заходи, пов'язані з найскладнішими для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги (додаток до Звіту № 1).
4. Розробити рекомендації для формування регіональної програми на 2018–2023 рр. або внесення змін до комплексної програми забезпечення ефективної реалізації стратегії UNAIDS на обласному рівні.

1. МЕТОДОЛОГІЯ ОЦІНКИ

Оцінка передбачала збір даних на регіональному рівні (Харківська область). Спочатку був зроблений паспорт території, в якому висвітлені такі характеристики, як адміністративний устрій, демографічна характеристика та соціально-економічний розвиток (див. Додаток до Звіту № 2).

Оцінка ефективності заходів Цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки розпочалася з кабінетного дослідження. Першочергово було оцінено вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу. Для цього було обрано ключові індикатори впливу (захворюваність, смертність тощо, включаючи індикатори впливу Плану МіО) (див. Додаток до Звіту № 1). Наступним кроком проводилась оцінка виконання інших індикаторів Плану МіО, досягнення каскадних індикаторів, а також додаткових індикаторів, визначених на рівні Харківського регіону.

У рамках проведення оцінки було побудовано каскад лікування. В його основу покладені рекомендації ВООЗ, адаптовані з урахуванням особливостей системи епіднагляду на регіональному рівні.

Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів (див. Додаток до Звіту № 1), був сформований перелік індикаторів, які не досягли цільових значень або опосередковано свідчать про необхідність додаткового вивчення ситуації.

У рамках проведення цієї оцінки, були обрані п'ять напрямків програмних заходів регіональної Програми, які роблять найбільший внесок у каскад лікування:

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

Кожен із цих напрямків оцінювався за п'ятьма питаннями, які пропонує ВООЗ:

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

Після цього було проведене співставлення заходів Програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами.

Збір наявної кількісної інформації проводився з використанням наступних основних джерел:

- рутинний епіднагляд;
- 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 прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу у програмі SPECTRUM;
- дані спеціальних досліджень;
- інші (залежно від потреб).

Для проведення всебічного аналізу у рамках проведення дослідження проводилися робочі зустрічі членів команди, обговорення та обмін отриманими даними.

Для проведення якісного дослідження було розроблено окремий протокол, який включав збір якісних даних методом фокус-груп та глибинних інтерв'ю.

За результатами додаткового збору кількісних та якісних даних було проведено синтез та аналіз даних, що дало змогу отримати відповідь на запитання щодо факторів впливу на результативність Програми.

На підставі отриманих даних сформульовано висновки та рекомендації для розробки наступної Програми.

Здійснення оцінки передбачало застосування таких методів наукового дослідження, як аналіз (вивчення предмету умовно або практично поділяється на складові елементи, тобто на частини об'єкта, певні ознаки, властивості тощо), аналогія та моделювання. Оцінка не є винятково описовою, а має на меті генерацію відповідних рекомендацій, тому можна з упевненістю говорити, що дана оцінка є певною мірою аналітичною (спрямованою на визначення взаємозв'язків між різними факторами впливу).

2. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

2.1. Стан епідемічної ситуації в області станом на 01.01.2017 р.

Харківська область належить до регіонів з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції. Епідемічна ситуація щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу станом на 01.01.2017 р. визначається як «концентрована серед уразливих груп». За остаточною підсумковою територіальною оцінкою Харківська область посідала 20 рейтингове місце за показниками інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні.

Щороку в області обстежується на ВІЛ в середньому 152 000 осіб, але кількість обстежених з кожним роком зменшується (у 2009 році – 177 652 особи, у 2016 році – 130 121 особа), разом з цим зменшується кількість осіб, у яких виявлено антитіла до ВІЛ. Рівень інфікованості населення знаходиться практично на одному рівні та становить 0,6% (див. **Рисунок 1**).

За весь період епіднагляду з 1987 по 01.01.2017 в області офіційно зареєстровано 8 486 ВІЛ-інфікованих громадян України та 53 іноземці, показник ураженості на 100 тис. населення – 314,8 (загалом по Україні – 699,7). Зареєстровано хворих на СНІД – 2 104 громадян України і 6 іноземців, показник становить 78 на 100 тис. населення (по Україні – 218,5). Зафіксовано 995 випадків смертей хворих на СНІД, в т.ч. від захворювань, зумовлених СНІДом – 819 осіб, показник – 30,4 на 100 тис. населення (по Україні – 98,1).

Всього, станом на 01.01.2017, в області зареєстровано 3725 ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД громадян України та 13 іноземців, які перебувають під медичним наглядом, у т.ч. 265 дітей (199 з них віком до 18 місяців з непідтвердженим діагнозом, 66 мають встановлений діагноз ВІЛ-інфекції). Тимчасово взяті під медичний нагляд 133 ВІЛ-інфіковані особи, що були переміщені з зони АТО.

Ретроспективний аналіз показників, що характеризують стан епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Харківській області, дозволив виділити певні тенденції, які відрізнялись за інтенсивністю, кількісними та якісними характеристиками.

За даними рутинного епіднагляду поширеність ВІЛ-інфекції щорічно зростала і на початок 2017 року склала 148,5 на 100 тис. населення.

Поширеність ВІЛ-інфекції в Харківській області у 2-3 рази нижча, ніж по Україні в цілому, проте з року в рік диспансерна група зростає. Це відбувається за рахунок вперше виявлених, а також переміщених із зони проведення АТО.

Протягом 2009-2016 рр. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області, за даними СЕМ, мав помірну тенденцію до зростання – з 21,0 до 23,1 на 100 тис. населення, із середнім багаторічним темпом приросту – Тсер.пр.=+1,7%, а пік підйому захворюваності зафіксовано в 2013 році. Слід зазначити, що в останні три роки показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області,

за даними СЕМ, мав тенденцію до зниження. Паралельно зменшувалась кількість вперше виявлених та офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, зросла частка ЛЖВ, інфікування яких відбулось внаслідок статевих контактів (від 34,6% у 2009 році до 56,9% у 2016 році).

Рівень охоплення медичним наглядом ВІЛ-інфікованих осіб залишається стабільно високим та в середньому за 2013-2016 рр. становить 84% від загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом, що є одним із цільових індикаторів втілення регіональної програми.

За 2009–2016 рр. в області спостерігається позитивна тенденція зниження за результатами первинного тестування на ВІЛ-інфекцію (код 109.1) рівня поширеності ВІЛ серед вагітних: з 0,58% до 0,45% відповідно.

Показник поширеності ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 років залишається практично на однаковому рівні – 0,15%-0,16%.

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 є високим (58,4% у 2016 році) та поступово зростає, тому є необхідність збільшення об'ємів тестування на ВІЛ в закладах охорони здоров'я з ініціативи медичного працівника.

Рівень смертності ВІЛ-інфікованих осіб є важливим показником вимірювання відповіді на епідемію в рамках розширення доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію. Динаміка рівня смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, була нестійкою і коливалась в межах 1,2 – 3,0 на 100 тис. населення. Протягом 2014-2016 рр. спостерігалось збільшення цього показника майже в 2 рази (з 1,2 до 2,3 на 100 тис. населення, відповідно), що пов'язано з виявленням ВІЛ на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції та збільшенням летальних випадків, обумовлених поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ.

Основною ко-інфекцією та причиною смерті у хворих на СНІД є туберкульоз. Частка летальних випадків серед хворих СНІДом, обумовлених поєднаною інфекцією ТБ/ВІЛ, зросла з 48,7% у 2014 році до 55,6% у 2016 році.

2.2. Крос-секційний каскад лікування в Харківській області (станом на 01.01.2017)

Велике значення щодо досягнення цілей «90–90–90» має розрахунок континууму медичних послуг ВІЛ-інфікованим. Каскад демонструє прогалини у наданні послуг для ЛЖВ у Харківській області. Дані щодо каскаду послуг наведені на **Рисунку 2**.

Станом на 01.01.2017 року оціночна чисельність ЛЖВ у Харківській області становила 4800 осіб. Дані були отримані за допомогою математичного моделювання програми SPECTRUM та затверджені на регіональному рівні.

Враховуючи відсутність даних щодо кількості осіб, які знають про наявність у них ВІЛ-інфекції, каскад побудований із використанням даних щодо кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебува-

ють під медичним наглядом – 3539 осіб, що становить 73,7% від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ. Для досягнення цілі «90%», кількість людей, які перебувають під медичним наглядом, мала б становити 4320 осіб.

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які складають активну диспансерну групу, включає 3401 особу, або 96,1% від осіб, які перебувають під медичним наглядом.

У разі досягнення рівня охоплення лікуванням 90% від тих, хто перебуває під медичним наглядом, антиретровірусну терапію мали б отримувати 3888 ВІЛ-інфікованих осіб. Станом на 01.01.2017 р. лише 48% від оціночної кількості ЛЖВ в області отримували лікування (68% від тих, хто перебуває під медичним наглядом).

Кінцевим індикатором континууму догляду у зв'язку з ВІЛ-інфекцією є зниження вірусного навантаження у 90% людей, які отримують АРТ. За даними клініко-лабораторного моніторингу ефективності АРТ, станом на 01.01.2017 р. невизначальний рівень вірусного навантаження (менше 1000 копій/мл) мали 68% осіб, що отримували лікування, що означає, що лише 33% від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ, лікуються ефективно (мають невизначальний рівень вірусного навантаження).

З вищевикладеного зрозуміло, що спостерігається значна втрата пацієнтів на всіх рівнях надання допомоги, що приводить до висновку, що наявна в Харківській області система послуг у сфері ВІЛ/СНІДу потребує удосконалення. Серед основних прогалин виявлено, що:

- 781 особа (16% від оціночної кількості ЛЖВ) не пройшла діагностику або не знає про свій ВІЛ-статус;
- 1568 ВІЛ-інфікованим не призначено АРТ;
- 1916 ЛЖВ мають визначальний рівень вірусного навантаження.

2.3. Аналіз заходів Програми у відповідності до напрямків, визначених ВООЗ

2.3.1. Напрямок 1. Антиретровірусна терапія (АРТ).

Відповідно до регіонального цільового соціального плану заходів із протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, затвердженого Головою Харківської обласної державної адміністрації, за напрямком «Антиретровірусна терапія» передбачені наступні заходи:

- Забезпечити доступ дорослих і дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, до безперервної терапії антиретровірусними препаратами шляхом планування та здійснення закупівель антиретровірусних препаратів, створення їх запасу та контролю за цільовим використанням.
- Забезпечити своєчасний та безперешкодний доступ до антиретровірусного лікування пацієнтам, хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ.

- Забезпечити здійснення медико-соціальних заходів із залучення та утримання ВІЛ-позитивних пацієнтів в медичних програмах шляхом впровадження (після затвердження) соціального стандарту догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ.
- Забезпечити надання соціальних послуг та, у разі потреби, соціального супроводу ВІЛ-інфікованим.

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

За 2016 рік у Харківській області померло 103 хворих на СНІД, в т.ч. від СНІД – 63 особи, показник на 100 тис. населення становить 2,3 (узагальнений по Україні – 7,6). У порівнянні з минулим роком кількість померлих від СНІДу збільшилась на 11,4% (у 2015 р. – 58 випадків, показник – 2,1). Питома вага померлих від СНІДу в закладах пенітенціарної системи склала 4,8% (3 особи).

Серед померлих у 2016 році (63 особи) діагноз СНІД було встановлено у поточному році 36 особам (57,1%), в т.ч. по смертно – 26 особам (41,3 %). Частина померлих у віці до 30 років складає 12,7% (8 осіб). Вживали наркотичні речовини ін'єкційним шляхом 14 осіб (22,2%). Серед померлих хворих на СНІД 44,4% (28 осіб) – це особи з ВІЛ-асоційованим туберкульозом.

За статистичними даними серед усіх померлих у 2016 р. 63 особи потребували АРТ, з них 36 осіб отримували АРТ на момент смерті, що складає 57,1% від тих, які її потребували (2015 – 62,07%, 2014 – 64,7%, 2013 – 42,5%).

Серед померлих, які отримували АРТ на момент смерті, для 15 осіб антиретровірусне лікування тривало 12 місяців і більше (41,67%) (2015 – 47,22%, 2014 – 36,36%, 2013 – 26,47%).

Зокрема, протягом останніх трьох років більше половини пацієнтів, які померли через причини, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, потребували, але не отримували АРТ через пізнє виявлення хвороби, низьку прихильність/відмову від лікування, протипокази до АРТ або неякісний медичний нагляд в ЗОЗ служби СНІДу.

Так, за даними протитуберкульозної служби, показник охоплення АРТ хворих на ВІЛ/ТБ (з урахуванням закладів ДПтС) хоча і досяг цільового значення (50%), але щорічно знижувався (2014 – 74,2%, 2015 – 72,2%, 2016 – 67,1%).

За даними служби СНІДу, ситуація кардинально протилежна. Показник охоплення АРТ значно підвищився з 55,3% у 2013 р. до 84,8% у 2016 р.. Однак, ці дані не включають показники ДПтС.

Таким чином, можна зробити висновок, що існуючий обсяг охоплення АРТ не мав суттєвого впливу на зниження показника смертності від хвороб, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.

2. Чи охоплені потрібні люди?

За 2013–2016 у Харківській області вдалося збільшити в 1,6 разів показники охоплення антиретровірусною терапією осіб, які її потребують (з 1443 у 2013 році до 2320 – у 2016), див. **рисунки 3 та 4**.

Показник охоплення становив 64,7% від активної диспансерної групи, що не дозволяє вплинути на епідемію належним чином та не досягає цільового показника (90%).

Відсоток охоплення від оціночної кількості людей, що живуть з ВІЛ, значно нижчий і становить 48,3%, що свідчить про необхідність покращення виявлення та своєчасної постановки під медичний нагляд ВІЛ-позитивних осіб.

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

На сучасному етапі подальше розширення надання АРТ для ВІЛ-позитивних осіб неможливе без децентралізації медичної допомоги та інтеграції необхідних сервісів у місцях надання відповідних послуг.

Станом на 01.01.2017 відкриті та функціонують 10 сайтів видачі АРТ-препаратів у Лозівському, Первомайському, Балаклійському, Красноградському, Дергачівському, Зміївському, Ізюмському та Куп'янському районах області, а також на базі КЗОЗ «Обласний протитуберкульозний диспансер №1» та КЗОЗ «Обласна туберкульозна лікарня №1» (див. **Таблицю 1**).

8 закладів охорони здоров'я надають інтегровану допомогу: при зверненні пацієнт може отримати антиретровірусні препарати, препарати замісної підтримувальної терапії та профілактичне лікування туберкульозу.

Забезпечено мультидисциплінарний підхід при наданні послуг АРТ. Призначення та супровід АРТ здійснюють 14 мультидисциплінарних команд (13 працюють з дорослими пацієнтами та 1 – з дітьми та їх батьками) (див. **Таблицю 2**).

Втім, координувана медична допомога надається здебільшого на обласному рівні, в той час як надання інтегрованих послуг на районному рівні обмежене.

Як наслідок, деякі віддалені райони та міста не можуть забезпечити достатній доступ до послуг з лікування поєднаної інфекції ТБ/ВІЛ.

Незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ, темпи розширення програми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих осіб відстають від темпів збільшення кількості осіб, які потребують АРТ, що пояснюється обмеженням фінансуванням закупівлі антиретровірусних препаратів за кошти Державного бюджету України та недостатністю наявних ресурсів.

4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

Відсоток хворих на ВІЛ-інфекцію, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, щорічно залишався на рівні 83,3% – 85,4%. У когорті 2014 року цей показник знизився до 76,8% (див. **Рисунок 5**). Це, насамперед, було пов'язано з великою кількістю пацієнтів, що зверталися до обласних закладів охорони здоров'я із зони АТО. Отримавши антиретровірусну терапію, вони поверталися до постійного місця проживання.

Найчастішою причиною вибуття з АРТ протягом перших 12 місяців від початку терапії в когортах 2013–2015 років було переривання лікування з різних причин, передусім – немедичних (див. **Таблицю 3**).

У процесі аналізу виявлено, що більша частина хворих відмовилась від прийому препаратів у зв'язку з низьким рівнем прихильності до терапії, насамперед, серед ЛВІН.

Соціальним супроводом та формуванням прихильності разом з медичними працівниками займаються соціальні працівники та психологи. На жаль, штатні одиниці даних фахівців існують лише у центрі СНІДу. На інших сайтах АРТ штатні одиниці соціальних працівників або психологів не передбачені.

Високий відсоток відмов від АРТ активних споживачів наркотиків (52,3%) вказує на важливість проведення ЗПТ з метою покращення прихильності ВІЛ-інфікованих ЛВІН до АРТ. Дана практика впроваджується в регіоні з лютого 2010 року.

Зараз в області функціонує 7 сайтів ЗПТ, на яких, станом на 01.01.2017, отримували замісну підтримувальну терапію 327 пацієнтів, з них 92 з ВІЛ-позитивним статусом, 66 (71,7%) з яких отримують антиретровірусну терапію (див. **Рисунок 6**).

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що для досягнення цілей Fast Track 90-90-90, варто вдосконалити роботу щодо формування прихильності до лікування у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Враховуючи той факт, що в області не впроваджений механізм державного соціального замовлення, послуги з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД надають лише соціальні працівники та психологи НУО, які реалізують гранти міжнародних організацій.

Незважаючи на те, що кількість ЛЖВ, охоплених послугами догляду та підтримки, збільшилася з 1094 осіб у 2013 р. до 2035 осіб у 2016 р., їхня питома вага серед ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у ЗОЗ, що здійснюють диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, збільшується досить повільно і не досягає цільового значення 80%.

Це пов'язано, перш за все, зі зростанням кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом – з 2265 осіб у 2013 році до 3224 осіб у 2016 році.

ВІЛ-сервісні неурядові організації, які надають послуги догляду та підтримки функціонують лише на території м. Харкова, що унеможливорює доступ до догляду і підтримки для мешканців невеликих міст та селищ.

2.3.2. Напрямок 2. Тестування і консультування на ВІЛ

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

У рамках тестування і консультування на ВІЛ Регіональним комплексним планом заходів із протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, який затверджується Розпорядженням Харківської обласної державної адміністрації передбачено забезпечення:

- надання ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ комплексних профілактичних послуг, які включають ПТВ за допомогою експрес-тестів на базі громадських організацій, мобільних пунктів та амбулаторій, аптек тощо;
- вільного доступу населення до безоплатного тестування і консультування на ВІЛ-інфекцію для населення, насамперед для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, із застосуванням методів імуноферментного аналізу та швидких тестів;
- доступу вагітних жінок до послуг консультування та тестування на ВІЛ та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини;
- проведення обов'язкового тестування донорської крові з метою виявлення ВІЛ.

Для діагностики ВІЛ-інфекції в області існує мережа лабораторій (8), потужність яких становить понад 170 тис. досліджень на рік, що повністю задовольняє потребу області у цих дослідженнях. Консультування проводиться у 120 закладах охорони здоров'я, 8 закладах міжрегіонального управління щодо виконання кримінальних покарань та НУО, кількість яких зменшилась з 5 у 2013 році до 3 у 2016 році. Також, для забезпечення вільного доступу до ПТВ, на базі ЗОЗ області функціонує мережа кабінетів «Довіра» (30), з них 21 функціонують, як самостійні структурні підрозділи, 7 на базі КІЗів та 2 на базі центру СНІДу.

Щорічно, за даними сероепідеміологічного моніторингу, з метою виявлення ВІЛ-інфекції проводиться від 150 до 170 тисяч досліджень, які охоплюють усі категорії населення. Якщо виключити донорів та вагітних, щорічно робиться понад 75,0 тис. тестів, що складає 3,1% – 3,3%, від загальної кількості населення в області. Рівень інфікованості серед обстеженого населення в області (без урахування донорів та вагітних) становить від 0,9%, до 1,1%.

У структурі обстежених частка осіб з груп ризику (осіб, обстежених за кодами 102, 103, 105) становила 7,5% (6084 осіб) у 2013 році та 19,1% (15391 особа) у 2016 році від загальної кількості обстежених (без донорів та вагітних). Відсоток виявлення 1,1% та 0,6% відповідно.

Серед обстежених статевих партнерів ЛЖВ у 22,8% випадках виявлялась ВІЛ-інфекція.

Частка обстежених осіб, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонується послуги з ПТВ при зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ, становить від 15,8% (13373 особи) у 2013 році до 21,6% (17464 особи) у 2016 році, при цьому відсоток виявлення становив 1,8 % та 1,0% відповідно.

Доля осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, в структурі обстежених зменшилась майже вдвічі, у відсотковому значенні протягом 2013-2016 років від 9,9% до 4,5% , відсоток виявлення становив від 2,4% до 1,7%.

Тестування на ВІЛ у регіоні проводяться за допомогою ІФА (понад 85%), що збільшує терміни отримання результатів, та експрес-тестів. Експрес-тести використовуються здебільшого в НУО для обстеження представників груп ризику (ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ). Слід зазначити, що в НУО тестування відбувається за принципом асистованого тестування, при позитивному результаті – клієнта включають у проект кейс-менеджменту (тільки ЛВІН) та направляють у ЗОЗ для підтвердження результату тестування, взяття на облік та початку АРТ. Система перенаправлення діє згідно із затвердженим алгоритмом. Утім, це не забезпечує 100% взяття під медичний нагляд усіх пацієнтів, які проходять тестування на ВІЛ як на базі ЗОЗ, так і на базі НУО.

Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. складає від 63,4% у 2013 році до 68,4% у 2016 році.

Відсоток ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі) (15+), яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа ЛВІН з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції складає від 64,8% у 2013 році до 66,4% у 2016 році.

Практика залучення до тестування на ВІЛ, яка застосовується в області, не сприяє своєчасному виявленню ЛЖВ.

Тестування, які проводяться методом ІФА, та період очікування підтверджуючого тесту збільшують терміни отримання результатів, що призводить до несвоечасного взяття під медичний нагляд.

2. Чи охоплені потрібні люди?

За рекомендаціями ВООЗ, цільові показники, тобто відсоток ЛВІН, які пройшли ПТВ за останні 12 місяців і знають свої результати, вважаються низькими – менше 40%, середніми – від 40% до 75%, високими – понад 75%.

Відсоток ЛВІН в області, які протягом 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та знають свої результати, у 2011 році був досить низьким і становив 17,56%. Цих значень вдалося досягти протягом 2013-2015 років, коли майже втричі підвищився показник охоплення тестуванням ЛВІН. У 2013 році цей показник складав 51,43%, у 2015 році – 78,0%, тобто перевищував цільове значення.

Доля ЛВІН з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед загальної кількості виявлених ЛЖВ становить від 7,0% у 2013 році до 8,8% у 2016 році. Однак, при цьому, парентеральним шляхом відсоток інфікування ВІЛ через введення наркотичних засобів, серед загальної кількості виявлених ЛЖВ становив від 16,5% у 2013 році до 38,3% у 2016 році.

Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, та які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, за даними біоповедінкових досліджень 2009 року становив 47,4%. Починаючи з 2011 року цей показник значно зріс і складав у тому році 84,7%, у 2013 році – 69,2% і у 2015 – 78%. Цільові значення Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки становили: проміжні – 65% та кінцеві – 70%.

Частка ОСБ з позитивним результатом тестування на ВІЛ, серед загальної кількості ЛЖВ у 2013-2016 роках коливається від 0,9% до 2,1%.

Група чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), що пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом 12 місяців та знають свої результати, у 2009 році склала лише 23,3%, у 2015 році – 35,3%.

Відсоток ЧСЧ, які охоплені тестуванням, становить від 0,3% від загальної кількості тестувань у 2013 році до 2,1% у 2016 році. Охоплення тестуванням ЧСЧ від оціночної кількості в області у 2013-2016 роках становить, відповідно, від 1,8% до 13,8%.

Доля ЧСЧ з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед загальної кількості ЛЖВ за 2013-2016 роки становить від 1,5% до 4,3%.

Аналіз показника свідчить про досить низький рівень охоплення ЧСЧ тестуванням на ВІЛ. Оскільки група ЧСЧ є закритою та важкодоступною, в регіоні слід активно впроваджувати програми профілактики, в т.ч. ПТВ є, перш за все, необхідною умовою попередження інфікування ВІЛ та зниження темпу поширення інфекції серед представників цієї цільової групи.

Тестування на ВІЛ у місцях позбавлення волі проводиться як за допомогою методу ІФА в лабораторії КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом», так і швидкими тестами, наданими НУО. В абсолютних значеннях кількість осіб, охоплених тестуванням на ВІЛ, зменшилась майже вдвічі, у відсотковому значенні протягом 2013-2016 років вдалося досягти цільових показників (2013 р. – 52,9%, 2014 р. – 86,0%, 2015 р. – 29,1%, 2016 р. – 61,3%). Це пов'язане зі значним зменшенням загальної кількості ув'язнених, що перебувають в установах виконання покарань Харківської області, – з 10351 осіб у 2013 році до 6228 – у 2016 році. Зменшення (до 29,07%) показника охоплення тестуванням у 2015 році пов'язане з дефіцитом тест-систем для проведення ІФА, що виник у першому півріччі. Доля осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед засуджених, від загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, у 2013-2016 роках коливається від 27,2% до 10,6%.

Враховуючи вищевикладене, можна вважати, що охоплення всіх груп населення області послугами ПТВ надається в достатніх обсягах, окрім чоловіків, які мають секс із чоловіками.

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

Консультації проводяться у 120 ЗОЗ, при цьому 76,6% – це ЗОЗ вторинного та третинного рівня надання медичних послуг. 100% ЗОЗ, які надають звіти за формою №3, розташовані в містах або селищах міського типу.

Більша частина проведених консультацій припадає на акушерсько-гінекологічну службу, якою щорічно проводилось від 35,1% до 39,5% від всіх консультацій, що обумовлено проведенням дворазового тестування на ВІЛ вагітних.

Службою СНІДу, включаючи кабінети «Довіра», було проведено від 17,9% до 22,6% від загальної кількості консультацій, дерматовенерологічною – від 7,9% до 8,4%, службою переливання крові – від 3,7% до 6,2%, протитуберкульозною – від 1,3% до 1,6%, наркологічною – до 1,0%, Міжрегіональним управлінням щодо виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції – від 1,5% до 4,3%.

У 2013-2014 роках громадськими організаціями проводилось до 40% від загальної кількості ПТВ, тестували клієнтів – представників уразливих груп. З 2015 року ГО почали впроваджувати асистоване самотестування, що включає асистування та консультування соціального працівника при самотестуванні клієнтом. Такий підхід дозволив збільшити цілі щодо тестування клієнтів ГО в 1,5 разів і, в результаті, охопити тестуванням на ВІЛ більше клієнтів. З 2016 року результати самотестування також були включені до звітності за формою №3 та склали 8,6%.

При аналізі даних за формою № 3 послуги з ПТВ в окремих службах є достатніми, однак для КГН та інших груп населення в різних адміністративно-територіальних одиницях області послуги надаються нерівномірно, а саме для мешканців села послуги з ПТВ доступні лише у разі звернення до ЗОЗ вторинного та третинного рівня, які розташовані в містах та селищах міського типу.

Враховуючи вищевикладене, необхідно активізувати роботу щодо розширення доступу послуг з ПТВ для мешканців села та груп високого ризику інфікування ВІЛ.

4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ до кількості осіб, яких було вперше взято під медичний нагляд, становить від 72,7% у 2013 році до 84,6% у 2016 році.

Відображене у статистиці збільшення у 2016 році співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ до кількості осіб, яких було вперше взято під медичний нагляд, пояснюється вдосконаленням системи моніторингу та документообігу: за рахунок своєчасного подання реєстраційних карток (ф. 502.1), чому сприяло впровадження в регіоні електронного інструменту клінічного та епідеміологічного моніторингу – STMA.

З метою залучення до послуг представників уразливих груп, між КЗОЗ ОЦПБС та НУО, що працюють в регіоні, укладено угоди про співпрацю. У рамках цих угод функціонують мобільні бригади, що складаються з медичних працівників КЗОЗ ОЦПБС та соціальних працівників НУО. Ці бригади систематично здійснюють виїзди до місць зосередження представників уразливих груп.

Основним бар'єром ефективної переадресації є відсутність медичних послуг для ЛЖВ у віддалених районах.

В області не відпрацьовано систему забезпечення якості та ефективності надання ПТВ, куди входять МіО та супервізія.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Протягом 2009-2015 рр. на заходи з ПТВ витрачено понад 29,6 млн грн., з них 82,7% (24,5 млн грн.) склали кошти місцевих бюджетів. Основу витрат з місцевих бюджетів складає оплата праці працівників, які здійснюють ПТВ. З державного бюджету забезпечувалося придбання тест-систем та витратних матеріалів для обстеження донорів та вагітних. За кошти, виділені міжнародними організаціями та домогосподарствами, проводилось консультування і тестування груп ризику.

У Харківській області відсутні затверджені регіональні програми, однак приймаються щорічні Регіональні комплексні плани заходів із забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, які затверджуються Розпорядженнями Харківської обласної державної адміністрації та не мають фінансову підтримку.

Планування витрат на ПТВ на 100% забезпечуються з обласного бюджету (придбання тест-систем на діагностику ВІЛ-інфекції для населення області, в т.ч. груп ризику) в рамках фінансування КЗОЗ ОЦПБС. У зв'язку з затримкою у 2015-2016 роках поставок закуплених за кошти державного бюджету України тест-систем для обстеження вагітних та підтвердження діагнозу, зменшувалась кількість обстежень для населення області та груп ризику, обстеженнями намагались охопити в першу чергу вагітних.

Для підвищення та удосконалення рівня знань медпрацівників області щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу на базі КЗОЗ ОЦПБС діє клінічна база кафедри дерматовенерології та ВІЛ-інфекції/СНІДу Харківської медичної академії післядипломної освіти, де проходять навчання лікарі різного фаху. На циклах тематичного удосконалення та фахових передатестаційних циклах обов'язково висвітлюються питання добровільного консультування та тестування.

Також, на базі КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом» функціонує Харківський міжрегіональний тренінговий центр, який спеціалізується на підготовці широкого кола фахівців, які надаватимуть послуги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією та туберкульозом за принципом інтегрованої медико-соціальної допомоги. За період його функціонування проводились тренінги на теми: «Організація ведення випадку ТБ/ВІЛ інфекції в Україні», «Опортуністичні інфекції, супутні стани та захворювання», «Інфекційний контроль за туберкульозом в закладах охорони здоров'я України», «Консультування і тестування на ВІЛ», «Основи антиретровірусної терапії» та інші. При відборі фахівців для навчання перевага надається співробітникам центрів СНІДу, протитуберкульозних закладів, кабінетів «Довіра» усіх регіонів України та обмежується квотою в 2-4 особи.

За результатами аналізу можна зробити висновок, що тести використовуються неефективно, при кількості досліджень понад 160 тис, відсоток виявлення складає лише 0,6% серед загального населення та до 0,9% без урахування обов'язкового контингенту – та вимагає перегляду підходів до стратегії тестування.

При обстежені на ВІЛ-інфекцію осіб, які мають захворювання, симптоми та синдроми, при яких пропонують послуги з консультування і тестування, що складає від 15,8% до 21,6% від обстежених, відсоток виявлення варіюється від 1,8% до 1,0%.

2.3.3. Напрямок 3. Профілактичні послуги для ЛВІН

Відповідно до регіонального цільового соціального плану заходів із протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу, затвердженого Головою Харківської обласної державної адміністрації, за напрямком «Профілактичні послуги для ЛВІН» передбачені наступні заходи:

- Облаштувати кабінети замісної підтримувальної терапії, насамперед, у протитуберкульозних закладах, ОЦПБС та жіночих консультаціях.
- Проводити інформаційні заходи щодо подолання стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб та представників ГПР.
- Забезпечити супровід учасників програм профілактики з числа представників ГПР щодо інфікування ВІЛ до ЗОЗ для своєчасного лікування або отримання медичної допомоги.
- Забезпечити надання ЛВІН комплексних профілактичних послуг, рекомендованих ВООЗ та ПРООН стосовно ВІЛ/СНІДу з урахуванням кращого світового досвіду, на базі НУО, мобільних пунктів та амбулаторій, аптек тощо.
- Забезпечити охоплення ЛВІН програмами замісної терапії, включаючи заклади системи виконання покарань.
- Забезпечити безперешкодний доступ ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які вживають ін'єкційні наркотики, до реабілітаційних програм, замісної підтримувальної терапії та соціального супроводу.

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Впровадження профілактичних програм серед ЛВІН у регіоні розпочалося понад 10 років тому, основними надавачами послуг є БО «100% життя» м. Харків», благодійні фонди «Благо» та «Парус».

Протягом 2013–2016 рр. спостерігалось зменшення частки ВІЛ-інфікованих серед ЛВІН.

Так, за даними дозорних досліджень, відсоток нових випадків ЛВІН, які живуть з ВІЛ, збільшився з 8,5% у 2011 до 13,1% у 2016 році, а поширеність зменшилась з 30% у 2011 році до 26% у 2016 році. У структурі ВІЛ-інфікованих осіб поширеність ВІЛ серед ЛВІН, як і раніше, залишається найвищою порівняно з іншими групами ризику.

Відсоток ЛВІН, які протягом 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та знають свої результати, у 2011 році був досить низьким і становив трохи більше 17,5% (див. **Рисунок 7**).

Протягом 2013–2015 рр. показник охоплення тестуванням ЛВІН підвищився майже втричі.

За даними програмного моніторингу НУО, у 2013 році цей показник складав 51,4%, у 2015 році – 78,0%. Зростання показника у 2015 році пов'язано із переходом на асистоване самотестування та збільшенням цілей охоплення ЛВІН послугами тестування на ВІЛ, що реалізуються НУО.

Серед окремих груп ЛВІН значення показника становило 78,9% серед чоловіків, 21,1% серед жінок.

Більшість осіб, що пройшли тестування, відносяться до вікової групи 25–49 років. Можна припустити, що старші за віком ЛВІН частіше охоплюються профілактичними програмами (див. Додаток до Звіту № 1) та мають більше супутніх захворювань, що є підставою для звернення до ЗОЗ з метою медичного обстеження.

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновки, що профілактичні заходи, застосовані до ЛВІН, мали позитивний вплив: на фоні значного збільшення охоплення тестуванням (в т.ч. і за рахунок НУО), зменшився рівень інфікованості серед ЛВІН за даними СЕМ та зменшився відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування від протестованих ЛВІН у НУО (див. Додаток до Звіту № 1).

Але, за даними біоповедінкових досліджень, у регіоні спостерігається тенденція до збільшення відсотка нових випадків ВІЛ серед ЛВІН, що потребує додаткового вивчення. Окрім того, збільшення обсягів тестування спостерігається в основному в Харкові, та не відображає ситуацію по області в цілому.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Комплексний пакет послуг для ЛВІН включає наступні види діяльності: видача та обмін шприців, спиртових серветок та/або презервативів, що відбувається на стаціонарних, вуличних або мобільних пунктах обміну шприців та через аутріч-роботу, ПТВ за допомогою експрес-тестів, діагностику ІПСШ, надання інформації стосовно профілактичних та лікувальних програм, які діють в регіоні (ЗПТ, АРТ, ін.) тощо.

За даними біоповедінкових досліджень відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту, збільшився з 45,04% (2011 р.) до 49% (2015 р.) від загалу ЛВІН, які мали сексуальні контакти протягом останніх 30 днів.

Переважна більшість (99,5%) опитаних ЛВІН повідомили, що використовували стерильні шприц/голку під час останнього вживання наркотиків ін'єкційним шляхом.

Але, звертає на себе увагу зниження відсотка ЛВІН, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ, з 65,2 у 2011 р. до 59% у 2015 р.

Вищезазначене свідчить про належний рівень охоплення ЛВІН профілактичними послугами, але ВІЛ-сервісним організаціям варто більше уваги приділяти питанням якості профілактичних послуг, особливо молодим представникам цієї групи ризику, зокрема регулярності їхнього надання.

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

За оновленими оціночними даними чисельність ЛВІН у Харківській області становить 15 300 осіб, рівень охоплення профілактичними програмами щорічно зростає та в 2016 році склав 88,6% (див. **Рисунок 8**).

Слід відзначити, що показники 2013-2016 рр. розраховані від оціночної чисельності ЛВІН 2012 та 2016 років, яка незмінно складає 15 300 осіб, що дає можливість порівнювати показник за цими роками.

Планові показники діяльності, встановлені Альянсом громадського здоров'я в Україні, були досягнуті, а у 2015-2016 роках, навіть, перевищувалися.

На сьогоднішній день в області функціонує 7 сайтів ЗПТ, на яких, станом на 01.01.2017, замісну підтримувальну терапію отримували 327 пацієнтів, з них:

- 92 ВІЛ-інфікованих пацієнти, 66 з яких отримують АРТ;
- 119 пацієнтів з діагнозом гепатит В та С; 21 – з туберкульозом;
- 69 пацієнтів отримували препарат для самостійного прийому, в т.ч. 9 – за рецептом та 35 в умовах стаціонару вдома.

Протягом 2013-2016 рр. у Харківській області спостерігається стабільна тенденція з охоплення осіб з опіоїдною залежністю замісною підтримувальною терапією (з 17,3% у 2013 році до 27,6% у 2016 році, що більше цільового значення Програми на 2016 рік – 20% (див. Додаток до Звіту № 1).

Але, згідно з міжнародними рекомендаціями та беручи до уваги досвід інших країн, для досягнення впливу на епідемію ВІЛ-інфекції, охоплення ЗПТ має сягати не менше 40%.

В області розроблено та впроваджено локальні протоколи та маршрути пацієнтів з поєднаними захворюваннями ВІЛ/ЛВІН та ВІЛ/ТБ/ЛВІН.

При аналізі даних НУО, виявлено, що кількість розданих шприців становила лише 54 -77 на 1 особу на рік (від оціночної кількості ЛВІН), що є вкрай недостатнім.

Кількість пунктів, що проводять обмін, роздачу стерильних шприців та презервативів була оптимізована з 137 у 2013 р. до 77 у 2016 р.

Розширення доступу до ЗПТ є позитивним моментом, але обсяг охоплення поки є недостатнім.

4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

Незважаючи на поступове зниження частки ЛВІН у структурі ВІЛ-інфікованих осіб, поширеність ВІЛ серед ЛВІН, як і раніше, залишається найвищою порівняно з іншими групами ризику.

НУО та Центром СНІДу, ЗОЗ наркологічної, фтизіатричної служб, розроблено та затверджено алгоритми переадресації осіб з позитивним результатом тестування.

Основним бар'єром ефективної переадресації є недостатня присутність мережі НУО у районах області та їхнє розташування переважно в обласному центрі, відсутність медичних послуг для ЛЖВ у віддалених районах.

В цілому, заходи здійснюються правильно, але необхідно розширити територію надання медичних послуг для ЛЖВ у віддалених районах області.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Враховуючи вищевикладене, необхідно активізувати роботу щодо розширення доступу до послуг ДКТ для груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ.

Показник охоплення програмами ЗПТ є найбільш залежним від спроможності системи охорони здоров'я. Недосконалість підходів до організації медичної допомоги в цілому в країні стала одним із найбільших бар'єрів для розвитку програм ЗПТ. Існуючі сайти ЗПТ майже вичерпали ресурси своєї потужності.

Тому, для подальшого розвитку програм ЗПТ та зміцнення заходів профілактики серед ЛВІН необхідно збільшувати кількість нових сайтів та змінювати модель надання ЗПТ, наближаючи їх до клієнтів. Також, рівень цього показника опосередковано свідчить про прогресивність системи охорони здоров'я у регіоні та її готовність до реформування і використання дієвих заходів із профілактики, які мають доведену ефективність.

2.3.4. Напрямок 4. Профілактика ВІЛ серед ОСБ

Відповідно до регіонального цільового соціального плану заходів із протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу, затвердженого Головою Харківської обласної державної адміністрації, за напрямком «Профілактика ВІЛ серед ОСБ» передбачені наступні заходи:

- Проводити інформаційні заходи щодо подолання стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб та представників ГПР.
- Забезпечити супровід учасників програм профілактики з числа представників ГПР до лікувально-профілактичних закладів для своєчасного лікування або отримання медичної допомоги.
- Забезпечити надання ОСБ комплексних профілактичних послуг, рекомендованих ВООЗ та ПРООН щодо ВІЛ/СНІДу, з урахуванням кращого світового досвіду, на базі громадських організацій, мобільних пунктів та амбулаторій, аптек тощо.
- Забезпечити профілактику та лікування ІПСШ, для ГПР та людей, які живуть з ВІЛ.

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Профілактичні програми серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, в регіоні впроваджено понад 10 років тому, основним надавачем послуг для ОСБ є благодійний фонд «Благо». Між КЗОЗ ОЦПБС, Обласним шкірно-венерологічним диспансером № 1 та БФ «Благо» укладено угоди про співпрацю. У рамках цих угод функціонували мобільні бригади у складі медичних працівників КЗОЗ ОЦПБС та соціальних працівників НУО. Ці бригади за замовленням від НУО здійснювали виїзди до місць скупчення представників уразливих груп. З 2015 року впроваджено асистоване самотестування. Послуга надається як на стаціонарних, так і на мобільних пунктах. При зверненні ОСБ в ЗОЗ за направленням та/або у супроводі соціальних працівників НУО, надається медична допомога у вигляді діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, вірусного гепатиту С, ІПСШ за рахунок лікарських засобів та виробів медичного призначення, отриманих за кошти Глобального фонду. Усі ці заходи призвели до позитивних змін. Так, рівень захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції серед ОСБ залишається невисоким порівняно з іншими групами ризику. Аналіз даних захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції серед ОСБ показує тенденцію до зниження цих показників, кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ОСБ за даними СЕМ протягом 2013-2016 рр. знизилась майже вдвічі, з 0,64% у 2013 році до 0,3% у 2016 році. (див. Додаток до звіту № 1).

Доля осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ОСБ, серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному періоді, коливається від 0,9% до 2,1%, що, ймовірно, пов'язано зі збільшенням рівня охоплення осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, програмами профілактики ВІЛ-інфекції, що реалізуються громадськими організаціями на місцях. Відсоток ОСБ із позитивним результатом тестування від усіх протестованих ОСБ у НУО коливався від 0,8% у 2013 році до 0,3% у 2016 році.

Можна зробити висновки, що реалізовані заходи мали певний позитивний ефект, утім зниження захворюваності ВІЛ-інфекції серед ОСБ було незначним (на 0,3%) аби однозначно стверджувати про вагомі зміни.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду та які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, за даними біоповедінкових досліджень 2009 року, становив 47,4%. Починаючи з 2011 року вдалося досягти перевищення цільових значень (70%) даного показника (2011 – 84,7%, 2015 – 78%).

Абсолютні дані свідчать про невелику позитивну динаміку рівня охоплення ОСБ профілактичними послугами. Варто зазначити, що дані стосуються лише кількості клієнтів за унікальним кодом.

На значення показника також впливає оціночна чисельність ОСБ, яка збільшилась у 2015 році з 4500 до 4900.

За даними біоповедінкових досліджень 2015 року, 93,5% РКС використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з клієнтом. Протягом останнього місяця 89,2% завжди використовували презерватив під час вагінального, 82,5% – під час анального та 76,7% – під час орального сексу.

Регулярність використання презервативів є вищою серед клієнтів НУО, які надають профілактичні послуги, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, а також серед ОСБ, які не вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

Враховуючи високий рівень охоплення ОСБ профілактичними заходами можна вважати, що ОСБ мають широкий доступ до послуг профілактики ВІЛ. Але, незважаючи на це, цільові програми для ОСБ потребують розширення, особливо для чоловіків-працівників секс-бізнесу та транссексуалів, а також ОСБ, які вживають ін'єкційні наркотики.

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

За оціночними даними, чисельність осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, в Харківській області складає 4 900 осіб (дані на 2015-2016 рр.). У 2013-2014 оціночна кількість представників даної групи була дещо нижчою і становила 4500 осіб. Рівень охоплення осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, програмами профілактики ВІЛ-інфекції протягом 2013-2016 років залишався досить стабільним і становив 69-72% (див. **Рисунок 9**).

Аналіз даних за віковими групами свідчить, що більшість ОСБ охоплюється профілактичними програмами у віці 25-49 років (див. Додаток до звіту № 1).

НУО активно займаються наданням цільової аутич-допомоги для ОСБ та їхніх клієнтів. Згідно з даними, наданими НУО, кількість розданих презервативів на одну особу, яка надає сексуальні послуги за винагороду, за 2013-2016 роки становила 130-245 відповідно.

Враховуючи вищевикладене, можна вважати обсяг надання послуг достатнім для досягнення програмних цілей. Але для ефективної відповіді на епідемію необхідно постійно вивчати інфраструктуру надання сексуальних послуг за винагороду та збільшувати обсяг охоплення.

4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

З метою залучення осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду/ чоловіків, які мають секс з чоловіками (ОСБ-ЧСЧ) до цільових заходів і програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та хвороб, що передаються статевим шляхом, КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом» спільно з Харківським міським благодійним фондом «Благо» ведеться робота щодо надання інформаційно-консультативних послуг, проведення обстеження на ВІЛ, вірусні гепа-

тити В та С, ІПСШ експрес-тестами. Розроблено та затверджено алгоритми переадресації осіб з позитивним результатом тестування.

Профілактичні заходи є комплексними та безпосередньо націленими на потреби ОСБ.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Витрати на профілактичні заходи серед груп ризику на 95% здійснювались за рахунок коштів, виділених міжнародними організаціями. Так, витрати на профілактичні заходи серед ОСБ у 2009-2015 рр. склали 6,9 млн грн., в основному за рахунок Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом, малярією, інших міжнародних фінансових донорів.

Презервативи та лубриканти, які роздаються ОСБ в основному централізовано постачаються в рамках проектів, які фінансуються Глобальним фондом або іншими міжнародними донорами.

Фінансування з обласного бюджету заходів, спрямованих на профілактику, проведення обстеження населення на ВІЛ, в т.ч. груп ризику здійснюється згідно з планами асигнувань по галузі «Охорона здоров'я». Медичну допомогу ОСБ після переадресації в ЗОЗ з приводу захворювання отримують на загальних підставах, тому немає можливості виділити ту частку коштів, які витрачені на заходи для ОСБ.

Усі заходи, які проводились в регіоні, є релевантними, однак для подальшого функціонування таких програм необхідно забезпечення механізму соціального замовлення на регіональному рівні.

2.3.5. Напрямок 5. Профілактика ВІЛ серед ЧСЧ

Відповідно до регіонального цільового соціального плану заходів із протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу, затвердженого Головою Харківської обласної державної адміністрації, за напрямком «Профілактика ВІЛ серед ЧСЧ» передбачені наступні заходи:

- Проводити інформаційні заходи щодо подолання стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб та представників ГПР.
- Забезпечити супровід учасників програм профілактики з числа представників ГПР до лікувально-профілактичних закладів для своєчасного лікування або отримання медичної допомоги.
- Забезпечити надання ЧСЧ комплексних профілактичних послуг, рекомендованих ВООЗ та ПРООН стосовно ВІЛ/СНІДу, з урахуванням кращого світового досвіду, на базі громадських організацій, мобільних пунктів та амбулаторій, аптек, тощо.
- Забезпечити профілактику та лікування ІПСШ для ГПР та ЛЖВ.

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Профілактичні програми серед ЧСЧ в регіоні впроваджуються понад 10 років, основним надавачем послуг для ЧСЧ є благодійний фонд «Благо». Пакет послуг включає проведення асистованого самотестування на ВІЛ-інфекцію та вірусні гепатити В,С, видачу презервативів, лубрикантів та інформаційних матеріалів.

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ протягом 2013-2016 років важко трактувати однозначно. Так, частка ЧСЧ серед осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ за даними СЕМ у 2013 -2014 роках складала 1,9% – 2,76%, а у 2015-2016 роках 0,47% та 0,99% відповідно. При цьому при порівнянні частки ЧСЧ з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ за даними СЕМ від оціночної кількості ЧСЧ в регіоні спостерігається зростання від 0,04% у 2013 році до 0,14% у 2016 році та в абсолютних значеннях від 6 до 17 осіб відповідно. Відсоток протестованих з позитивним результатом ЧСЧ у НУО зменшився з 4,5% у 2013 році до 0,6% у 2016 році.

За даними біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ серед зазначеної групи зросла з 3,3% у 2009 до 4,7% у 2011 році, у 2013 році становила 1,1%, а у 2015 – 2,0%. Відсоток ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки у 2009 році складав – 2,3%, в 2011 році – 4,5%, а в 2013 становив – 0%.

Такі показники, пов'язані з тим, що дана група приховує свій статус у зв'язку з високим рівнем стигматизації, в т.ч. і з боку медичних працівників, а також зі збільшенням охоплення кількості ЧСЧ, змінами оціночної кількості з 15600 у 2013-2014 рр. до 12400 у 2015-2016 рр.. Саме тому вони потребують додаткового обговорення й аналізу.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Рівень охоплення ЧСЧ профілактичними програмами в Харківській області протягом 2013-2016 рр. становив 5,9%-16,1% та не досяг цілей Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

Молоді ЧСЧ віком до 25 років охоплені профілактичними програмами меншою мірою, ніж ЧСЧ, старші 25 років. Охоплення ЧСЧ віком до 25 років у 2011 році становило 7,8%, 2012-му – 12,3%, в той час як старших 25 років – 34,6% та 65,4% відповідно.

За даними останніх біоповедінкових досліджень (2015 рік) середній вік ЧСЧ у Харкові становить 31 рік. Більшість із них ніколи не були одруженими (72% серед усіх ЧСЧ міста). Майже половина проживає самотійно (49%). Більшість ЧСЧ (54%) вказала на те, що їх приваблюють винятково чоловіки та стільки ж ідентифікують себе із гомосексуалами (54%).

В середньому ЧСЧ Харкова починали статеве життя з чоловіком у 19 років. Середня кількість сексуальних контактів із чоловіком за останній місяць перед опитуванням варіюється від двох (для анальних контактів в активній ролі) до п'яти (для оральних контактів).

Про наявність постійного партнера повідомили 65% ЧСЧ, тоді як про випадкового партнера – 32%.

Надавали сексуальні послуги за винагороду впродовж життя 15%, самі платили за секс (за останній місяць) 2%.

Сексуальні контакти з жінками впродовж життя мали 79% ЧСЧ, з жінками, які надають секс-послуги за плату (за останні 6 місяців) – 7%.

Завжди використовували презерватив із партнером-чоловіком за останні 30 днів 62% ЧСЧ, 78% використовували презерватив під час останнього анального сексуального контакту із партнером-чоловіком. Із випадковим партнером, комерційним та з ОСБ презерватив використовують частіше, ніж з постійним партнером.

Переважає більшість опитаних ЧСЧ вживає алкогольні напої (94%), найчастіше – міцні алкогольні напої (52%). Кожен десятий опитаний протягом останнього місяця вживав неін'єкційні наркотичні речовини, ін'єкційні наркотичні речовини раніше вживали 8%.

Клієнтами неурядової організації, яка надає профілактичні послуги, є 22% ЧСЧ. Отримували безкоштовно презервативи за останній рік 44%. Проходили медичні огляди та здавали аналізи 30%. Правильно визначають шляхи передачі ВІЛ-інфекції 40% ЧСЧ. За результатами зв'язаного дослідження у 2% було виявлено наявність ВІЛ-інфекції. Сифіліс наявний у 12%, гепатит В у 8%, гепатит С у 12%.

Очевидним є те, що наявний рівень охоплення є недостатнім для забезпечення сталого впливу на епідемію серед цієї уразливої групи. Аналіз показника свідчить про найнижчий рівень охоплення серед ЧСЧ у порівнянні з іншими групами ризику – ЛВІН, ОСБ.

Група чоловіків, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ), що пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом 12 місяців та знають свої результати, у 2009 році становила лише 23,3%, у 2015 році – 35,3%.

Загалом, відсоток ЧСЧ, які пройшли ПТВ та знають свої результати, залишається на низькому рівні, що свідчить про необхідність розширення профілактичних програм серед цієї цільової групи, посилення компонента до і післятестового консультування з подальшою переадресацією ВІЛ-інфікованих ЧСЧ до ЗОЗ, що здійснюють медичне спостереження за ВІЛ-інфікованими особами, з метою надання їм своєчасної кваліфікованої медичної допомоги.

Очевидним є те, що наявний рівень охоплення є недостатнім для забезпечення сталого впливу на епідемію серед цієї уразливої групи. Порівняльний аналіз показника охоплення профілактичними послугами представників ГПР свідчить про найнижчий рівень охоплення серед ЧСЧ.

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

За оціночними даними чисельність ЧСЧ в Харківській області становить 12 400 осіб. Протягом 2013-2016 років рівень охоплення профілактичними програмами щорічно зростав, але досі знаходиться на низькому рівні та в 2016 році склав 16% (див. **Рисунок 10**). Згідно з даними, наданими НУО, кількість розданих презервативів на одного ЧСЧ за рік становила 16-96. На сьогодні на території області є лише одна організація – БФ «Благо» – яка проводить роздачу презервативів та надає послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ (див. Додаток до звіту № 1). За даними НУО кількість пунктів роздачі презервативів збільшилась з 7 у 2013 році до 23 у 2016 році.

Аналіз вищевикладених даних свідчить про досить низький рівень охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ. Основною причиною є факт, що група ЧСЧ є закритою та важкодоступною. Активне впровадження таких програм є, перш за все, необхідною умовою попередження інфікування ВІЛ та зниження темпу поширення інфекції серед представників цієї цільової групи. Рівень охоплення ЧСЧ в Харківській області не досяг цілей Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

Враховуючи статистично значущі відмінності ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами: клієнти старші за віком (аналіз середніх показників віку); більша частка клієнтів мають постійного сексуального партнера-чоловіка, з яким разом проживають; частіше ідентифікують себе як гомосексуали та частіше можуть розкрити свій статус оточуючим, можна зробити висновки, що певні підгрупи залишаються поза увагою профілактичних програм.

Нагальним залишається впровадження програми профілактики для партнерів-ЧСЧ: посилити мотиваційне консультування щодо безпечної поведінки та надати інструкції

стосовно аргументування необхідності такої поведінки та засобів певного впливу для її дотримання. Таке консультування має враховувати різні типи партнерів, з якими клієнт може мати сексуальні стосунки: постійні, випадкові, комерційні, партнери-жінки.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

У групі ЧСЧ широко практикується ризикована поведінка, яка призводить до поширення ВІЛ. Усе вищезазначене робить групу ЧСЧ однією з найуразливіших до інфікування. Епідемія ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ зростає, а бісексуальні практики наражають на ризик інфікування ВІЛ жінок-партнерок та створюють передумови поширення ВІЛ серед загального населення.

Як показують результати біоповедінкових досліджень, група бісексуалів серед ЧСЧ є однією із найуразливіших. Зважаючи також на те, що ця група є контактною для загального населення, її охоплення профілактичними послугами та формування моделей постійної безпечної поведінки є вкрай важливими для покращення епідеміологічних показників у групі в цілому та на шляху попередження передачі ВІЛ-інфекції до загального населення чи навпаки (наприклад, через контакти із ОСБ).

Оскільки профілактичними програмами, які діють на території регіону, не вдається залучити важкодоступні групи ЧСЧ, необхідно змінити підходи щодо пошуку нових клієнтів-ЧСЧ.

Для досягнення цілей Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на наступні роки необхідно продовжити роботу по розширенню доступу ЧСЧ до профілактичних послуг шляхом розширення методів роботи із залучення сучасних інтернет-технологій: залучення через соціальні мережі та спеціалізовані сайти, забезпечення супроводу соціальними працівниками ЧСЧ в ЗОЗ для зменшення стигми з боку медичних працівників та підвищення шансів не втратити ВІЛ+ ЧСЧ із мед. спостереження.

3. ПИТАННЯ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ВИВЧЕННЯ

На жаль, під час проведення оцінки не знайдено відповіді щодо значень та тенденцій з наступних питань:

- Які причини зниження поширеності ВІЛ серед ЛВІН?
- Яка справжня епідемічна ситуація серед ЧСЧ в регіоні?

4. ВИСНОВКИ

Проведена оцінка виділила найпроблемніші індикатори, значення яких протягом років дії програми погіршились або не досягли цілі (див. Додаток до Звіту № 1):

- ЧПМД (1,01-2,9%, при цільовому індикаторі 1%);
- смертність від ко-інфекції ВІЛ/ТБ (4,4-5,9 % при цільовому 4,5%);
- відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку (76,8 -83,33% при цільовому 85%);
- відсоток ЛЖВ, охоплених послугами догляду та підтримки (48,3-63,12%, при цільовому 80%);
- відсоток ЧСЧ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (1,7-15,9%, при цільовому 45%);
- низький рівень частки ВІЛ+ від протестованих ЧСЧ (1,5-4,3%) та ОСБ (0,9-2,1%);
- значний відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції (54,9-68,4%, при цільовому 40%), в т.ч. ЛВІН (57,5-73,1%).

Причинами виявлених проблем є:

- неякісне проведення післятестового консультування пацієнтам, які знаходяться на лікуванні в протитуберкульозних закладах, і, як наслідок, відмова пацієнта від медичного спостереження з приводу ВІЛ-інфекції;
- відсутність роботи лікарів первинної ланки та вузьких спеціалістів щодо скринінгу на ризиковану поведінку пацієнтів, які до них звертаються;
- звернення пацієнтів до фахівців служби СНІДу вже на пізніх стадіях захворювання, коли призначення АРТ недостатньо ефективне;
- неповне охоплення АРТ хворих у зв'язку з обмеженими можливостями закупівель 100% потреби в АРВ-препаратах;
- невідповідність статистичних даних протитуберкульозної служби та служби СНІДу;
- недостатнє залучення медичних фахівців первинної ланки для ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- недостатній рівень роботи медичних і немедичних працівників щодо формування прихильності до АРТ у хворого на ВІЛ-інфекцію;

- обмеженість доступу до ПТВ для мешканців невеликих міст та селищ;
- формальний підхід до призначення відповідальних за ПТВ на рівні окремих ЗОЗ;
- недостатня кількість підготовленого персоналу ЗОЗ первинної ланки щодо проведення ПТВ;
- якість проведення післятестового консультування;
- відсутність системи супервізії надання послуг ПТВ;
- регулярна затримка поставок закуплених за кошти Державного бюджету України тест-систем для обстеження вагітних та підтверджувальних тест-систем;
- недостатньо ефективні підходи роботи НУО при наданні профілактичних послуг ЧСЧ (всього одна організація в регіоні).

Позитивні тенденції:

- збільшення відсотка ЛВІН (з 17,56 до 78,00%) та ОСБ (з 47,4% до 78,00%), охоплених тестуванням на ВІЛ;
- збільшення співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування (у віці 15+) до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд за період з 2014-2016 рр., на 16,4% та КГН за період 2015-2016 рр. на 11,5%;
- зниження поширеності ВІЛ серед вагітних (з 0,58% до 0,45%, при цільовому показнику 0,62%);
- збільшення кількості досліджень з використанням швидких тестів (з 6,7% до 13,9%).
- збільшення кількості ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами (від 5,89% до 16,06%);
- покращення обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ (з 30% до 40%) та використання запобіжних заходів передачі інфекції (презервативів) (з 62% до 78%);
- збільшення відсотку ЧСЧ, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 місяців (з 19,67% до 35,33%);
- зростання відсотка ОСБ, охоплених ПТВ у поточному році (з 47,4% до 84,7%);
- достатній рівень забезпеченості ОСБ запобіжними заходами (презервативами) (з 130 до 245 од. на 1 особу) на тлі збільшення кількості пунктів надання профілактичних послуг (з 15 до 59).

5. РЕКОМЕНДАЦІЇ

За напрямком «Тестування і консультування на ВІЛ»	Проблеми у сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні, які були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатній рівень підготовки щодо ПТВ персоналу ЗОЗ первинної ланки, а саме центрів первинної медико-санітарної допомоги, в першу чергу, тих, що розташовані у селах.		1. Забезпечення навчання щодо ПТВ працівників ЗОЗ, в першу чергу первинної ланки, шляхом проведення тренінгів та підготовки на робочих місцях.
	2. В області не відпрацьовано систему забезпечення якості та ефективності надання ПТВ, куди входять МіО та супервізія.	2. Підготовка регіональних тренерів щодо забезпечення якості та ефективності надання ПТВ (в т.ч. включення питань стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ)	2. Впровадження системи забезпечення якості та ефективності надання ПТВ шляхом підготовки супервізорів.
	3. Практика залучення до тестування на ВІЛ, яка застосовується в області, не сприяє своєчасному виявленню ЛЖВ.	3. Розробити на національному рівні опис найкращих практик та рекомендацій щодо побудови та підтримки функціонування ефективної системи раннього виявлення ВІЛ серед ГНР, партнерів ГНР (спираючись на світовий досвід та наявні в Україні матеріальні і кадрові ресурси). 3.1 Провести консультації та навчальні заходи на національному рівні для представників регіонів з метою вироблення конкретних заходів щодо впровадження результативних систем раннього виявлення ВІЛ.	3. Розробити скринінгову анкету для визначення ризиків щодо інфікування ВІЛ для відбору щодо тестування на ВІЛ. 3.1 Розповсюдити анкету серед ЗОЗ і забезпечити навчання відповідного медичного персоналу та персоналу НУО щодо роботи з анкетною та алгоритму переадресації на тестування за результатами анкетування. 3.2 Вдосконалити та підтримувати ефективну роботу системи раннього виявлення ВІЛ (в тому числі за рахунок збільшення використання експрес-тестів, більш активного залучення НУО до мотивації на тестування важких для досягнення груп населення та партнерів ГНР).
	4. При тестуваннях, які проводяться методом ІФА, очікування підтвердження тесту збільшує терміни отримання результатів, що призводить до несвоєчасного взяття під медичний нагляд.		4. З метою скорочення терміну отримання результатів тестування рекомендувати при формуванні бюджетів ЗОЗ, в першу чергу первинної ланки, придбання експрес-тестів за місцеві кошти. 4.1 Забезпечити навчання медичного персоналу використанню експрес-тестів (у разі потреби). 4.2 Вдосконалити та підтримувати ефективну роботу системи раннього виявлення ВІЛ (в тому числі за рахунок збільшення використання експрес-тестів).

За напрямком «Антиретровірусна терапія»	5. Існуючі інструменти збору даних у ЗОЗ щодо проведення ПТВ (форми № 1,2,3) не дозволяють порівнювати та співставляти результати тестування за окремими КГН населення з даними щодо кількості проведених консультувань, оскільки у формі №3, реєструються лише до та післятестове консультування, без проходження тестування.	5. Розглянути можливість перегляду або доопрацювання існуючих інструментів збору даних щодо проведення тестування і консультування на ВІЛ (форми № 1,2,3) з метою отримання необхідної інформації через офіційну звітність ЗОЗ (даних щодо тестування за уразливими групами і т.ін.).	5. Підготовка питань та пропозицій для перегляду інструментів збору даних щодо проведення тестування і консультування на ВІЛ (форми № 1,2,3).
	Проблеми у сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні, які були виявлені за результатами оцінки Програми.	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Виявлення та постановка на медичний облік ВІЛ-інфікованих осіб на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції.	1. Удосконалення нормативно-правової бази щодо виявлення та постановки на облік ВІЛ-інфікованих, а саме: надання більших повноважень медичним працівникам щодо передачі даних про ВІЛ-статус пацієнта в лікувальних цілях.	1. Забезпечення своєчасної постановки під медичний нагляд пацієнтів в найкоротший термін після виявлення ВІЛ, постійне та ефективне утримання пацієнтів під медичним наглядом, повний клінічний та лабораторний моніторинг стану пацієнтів. 1.1 Вдосконалення та підтримка функціонування дієвих механізмів переадресації клієнтів між НУО та ЗОЗ з посиленою увагою до формування у клієнта прихильності до медичної системи. 1.2 Розробка та впровадження орієнтованих на пацієнта моделей тестування на ВІЛ, включаючи розробку спільно з НУО алгоритмів залучення та мотивації до тестування КГН та партнерів КГН.
	2. Недостатній рівень охоплення АРТ (64,7% від Д-групи).	2. Своєчасне та 100% від потреби забезпечення антиретровірусними препаратами всіх потребуючих. 2.1 Включення до номенклатури централізованих закупівель оптимального набору АРВ-препаратів, включаючи новітні генеричні препарати (долутеґравір та ін.).	2. Подальша децентралізація надання АРТ, в тому числі на базі спеціалізованих ЗОЗ (протитуберкульозні, наркологічні заклади), ЦПМСД, робота щодо формування прихильності до АРТ, в тому числі з пацієнтами, які тривалий час отримують АРТ. 2.1 Формування потреби у лікарських засобах для лікування ВІЛ, орієнтуючись на оптимальні схеми лікування.
	3. Недостатнє налаштування ЗОЗ на ранню діагностику ВІЛ у зв'язку з бюрократичними питаннями, а саме оформлення документів та право ЛПЗ передавати інформацію до інших ЗОЗ.	3. Удосконалити звітно-облікову документацію, що регламентує обмін інформацією між НУО, ЗОЗ різного профілю та рівня, які проводять ПТВ, та закладами служби профілактики та боротьби зі СНІДом	3. Забезпечити удосконалення системи переадресації пацієнтів на первинному, вторинному та третинному рівнях між різними медичними службами ЗОЗ МОЗ України, ДПтС України та АМН України.

	4. Недостатня обізнаність медичних працівників щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, що призводить до дискримінаційних дій стосовно ВІЛ-позитивних.		4.1 Проведення тренінгів для фахівців, які надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам в регіоні. 4.2 Проведення щорічного аналізу бази даних навчених фахівців, які надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам в регіоні.
За напрямком «Профілактика ВІЛ серед ЧСЧ»	Проблеми у сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні, які були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатній доступ ЧСЧ до профілактичних послуг.	1. Підтримка проєктів щодо розширення доступу ЧСЧ та жінок-партнерок ЧСЧ до профілактичних послуг шляхом впровадження сучасних інтернет-технологій (залучення через соціальні мережі, спеціалізовані сайти та забезпечення супроводу соціальними працівниками ЧСЧ в ЗОЗ для зменшення стигми з боку медичних працівників).	1.1 Забезпечити розширення доступу ЧСЧ та жінок-партнерок ЧСЧ до ВІЛ-сервісних програм та проєктів у сфері ВІЛ/СНІДу, що сьогодні реалізуються в регіоні шляхом впровадження сучасних інтернет-технологій (залучення через соціальні мережі, спеціалізовані сайти та забезпечення супроводу соціальними працівниками ЧСЧ в ЗОЗ для зменшення стигми з боку медичних працівників) та розвитку мережі НУО, які працюють з ЧСЧ в регіоні.
За напрямком «Профілактика ВІЛ серед ОСБ»	Проблеми у сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні, які були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Необхідність розширення цільових програм для ОСБ, особливо для чоловіків-працівників секс-бізнесу та транссексуалів, а також ОСБ, які вживають ін'єкційні наркотики.		1. Сприяти реалізації цільових програм для ОСБ, особливо для чоловіків-працівників секс-бізнесу та транссексуалів, а також ОСБ, які вживають ін'єкційні наркотики.
	2. Відсутність практики профілактичного лікування безсимптомних ІПСШ.	2. Розробити та затвердити протоколи профілактичного лікування безсимптомних ІПСШ.	2. У місцевостях з обмеженими можливостями медичної системи, пропонувати періодичне профілактичне лікування безсимптомних ІПСШ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду.

За напрямком «Профілактичні послуги для ЛВІН»	Проблеми у сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні, які були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатній рівень охоплення профілактичними програмами неповнолітніх ЛВІН. 2. Недостатній рівень охоплення ЗПТ, що не дозволяє ефективно впливати на епідемію ВІЛ-інфекції. Недостатня потужність існуючих сайтів ЗПТ.	1. Адаптувати ВІЛ-сервісні послуги для неповнолітніх ЛВІН, удосконалити доступ до комплексного пакету послуг з профілактики, ресоціалізації та реабілітації. 2. Своєчасне та 100% від потреби забезпечення препаратами ЗПТ всіх потребуючих.	1. Підтримка ініціатив НУО щодо впровадження проектів, направлених на роботу з цією групою населення. 2. Пілотування та подальше впровадження нових інноваційних моделей ЗПТ (розвиток мережі приватних медичних закладів, які будуть надавати послуги ЗПТ, послуги ЗПТ на базі ЗОЗ за рахунок коштів пацієнта). 2.1. Розширення мережі сайтів ЗПТ, в тому числі за рахунок сприяння розвитку сайтів ЗПТ на базі НУО та ЗОЗ.
За іншими напрямками	Проблеми у сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні, які були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблем на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблем на регіональному рівні
	1. Відсутність цільового фінансування заходів з профілактики ВІЛ-інфекції у рамках Обласної програми.	1.1 Запланувати у новому бюджетному періоді можливість цільової субвенції на конкретні заходи обласної програми з протидії ВІЛ/СНІДу. 1.2 Розробити та затвердити методологію розрахунків фінансування заходів Обласної програми з протидії ВІЛ-інфекції.	1.1 Щорічно готувати пропозиції для включення заходів з профілактики ВІЛ-інфекції до Обласної програми «Здоров'я Слобожанщини». 1.2 Залучити до процесу адвокації виділення фінансування на відповідні заходи з обласного бюджету представників НУО області. 1.2 Розробити та надати пропозиції щодо розрахунків щодо фінансування конкретних заходів профілактики ВІЛ-інфекції для ГНР, догляду і підтримки ЛЖВ та інших релевантних заходів.

6. ПЛАН ЗАХОДІВ

з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у
Харківській області за результатами
проведеної оцінки Програми.

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Забезпечити проведення навчання на робочому місці персоналу ЗОЗ первинної ланки у кабінетах «Довіра» та КЗОЗ ОЦПБС щодо проведення ПТВ.	Постійно	КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом», районні кабінети «Довіра»	100% охоплення персоналу ЗОЗ первинної ланки щодо проведення ПТВ
2.	Забезпечити підготовку супервізорів ПТВ шляхом проведення тренінгів.	Протягом 2018-2019 рр.	Міжрегіональний тренінговий центр, ХМАПО	Впровадження якісної регіональної системи супервізії надання ПТВ.
3.	Забезпечити розширення доступу ЧСЧ до ВІЛ-сервісних програм та проєктів у сфері ВІЛ/СНІДу, що сьогодні реалізуються в Україні.	Постійно	Неурядові громадські організації	Збільшення відсотку ЧСЧ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ до цільових показників (45%).
4.	Забезпечити розширення цільових програм для ОСБ, особливо для чоловіків-працівників секс-бізнесу та транссексуалів, а також ОСБ, які вживають ін'єкційні наркотики	Постійно	Неурядові громадські організації	Покращення якості програм, спрямованих на забезпечення потреб ОСБ
5.	Забезпечити проведення профілактичного лікування безсимптомних ІПСШ серед ОСБ.	Постійно	НУО, КЗОЗ «Обласний шкірно-венерологічний диспансер», КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом».	Зниження рівня розповсюдженості ІПСШ серед ОСБ.
6.	Забезпечити впровадження проєктів, спрямованих на адаптацію ВІЛ-сервісних послуг для неповнолітніх ЛВІН, удосконалення їхнього доступу до комплексного пакету послуг з профілактики, ресоціалізації та реабілітації.	Постійно	Неурядові громадські організації, КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом».	Охоплення ВІЛ-сервісними послугами неповнолітніх ЛВІН.

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
7.	Забезпечити подальше впровадження нових інноваційних моделей ЗПТ (розвиток мережі приватних медичних закладів, які будуть надавати послуги ЗПТ, послуги ЗПТ на базі ЗОЗ за рахунок коштів пацієнта).	Постійно	Неурядові громадські організації, КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом», КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер».	Розширення мережі сайтів ЗПТ, в т.ч. на базі приватних медичних закладів. 100% охоплення програмою ЗПТ усіх потребуючих.
8.	Забезпечити проведення інформаційно-просвітницьких заходів зі співробітниками органів внутрішніх справ щодо ЗПТ та програм зменшення шкоди.	Постійно	Неурядові громадські організації, КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом», КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер».	Зменшення рівня стигми та дискримінації з боку співробітників органів внутрішніх справ.
9.	Забезпечити подальшу децентралізацію послуг щодо надання АРВ-терапії.	Протягом 2018-2020 рр.	Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом».	Щорічне відкриття 3-х нових сайтів (усього – 9) за умови безперебійного постачання АРВ-препаратів, закуплених МОЗ України.
10.	Забезпечити покращення системи медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими пацієнтами з метою своєчасного встановлення показань та початку АРТ.	Постійно	ЗОЗ, які надають послуги ВІЛ-позитивним особам.	90% охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом.
11.	Забезпечити навчання фахівців, які надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам, та постійне підвищення їхньої кваліфікації	Згідно з планом	Міжрегіональний тренінговий центр	100% охоплення навчанням фахівців, які надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам.
12.	Забезпечити покращення якості роботи щодо формування прихильності до АРТ, в тому числі з пацієнтами, які тривалий час отримують терапію.	Постійно	ЗОЗ, які надають послуги ВІЛ-позитивним особам, неурядові організації.	Забезпечення 90% вірусологічної ефективності АРТ.
13.	Щороку готувати пропозиції для включення заходів з профілактики ВІЛ-інфекції до Обласної програми щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.	Щороку	КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом».	100% забезпечення фінансуванням конкретних заходів обласної програми щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.
14.	Розробити та надати пропозиції щодо розрахунків фінансування конкретних заходів з профілактики ВІЛ-інфекції.	До кінця 2017 року	КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом».	Затверджено методологію розрахунків фінансування заходів з профілактики ВІЛ-інфекції Обласної програми щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
15.	Ініціювати можливість технічної підтримки обласного відділення Мережі ЛЖВ для відкриття представництв у містах та районах області.	Протягом 2017-2018 років	Обласна рада з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.	Охоплення послугами ВІЛ-інфікованих, які мешкають у невеликих містах та селищах.

7. ДОДАТКИ

ДО ОПИСОВОЇ ЧАСТИНИ

7.1. Рисунки

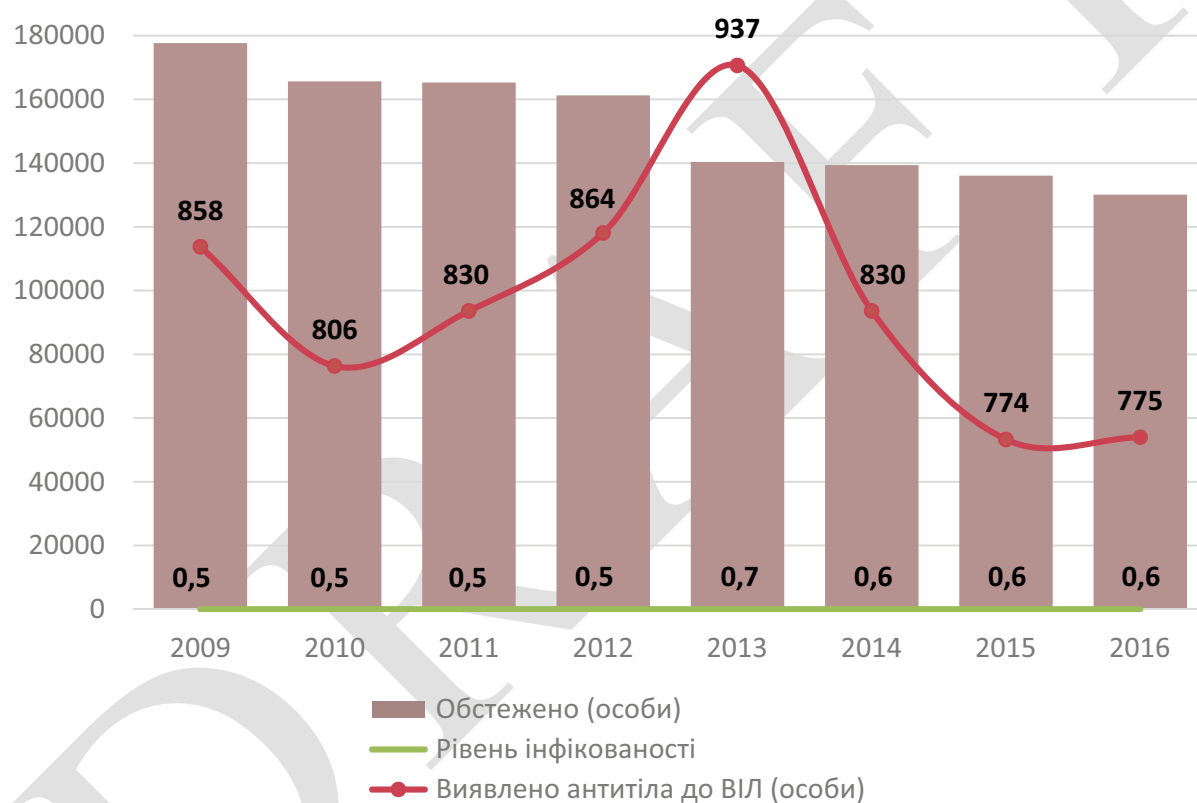


Рисунок 1. Динаміка обстеження на ВІЛ населення Харківської області

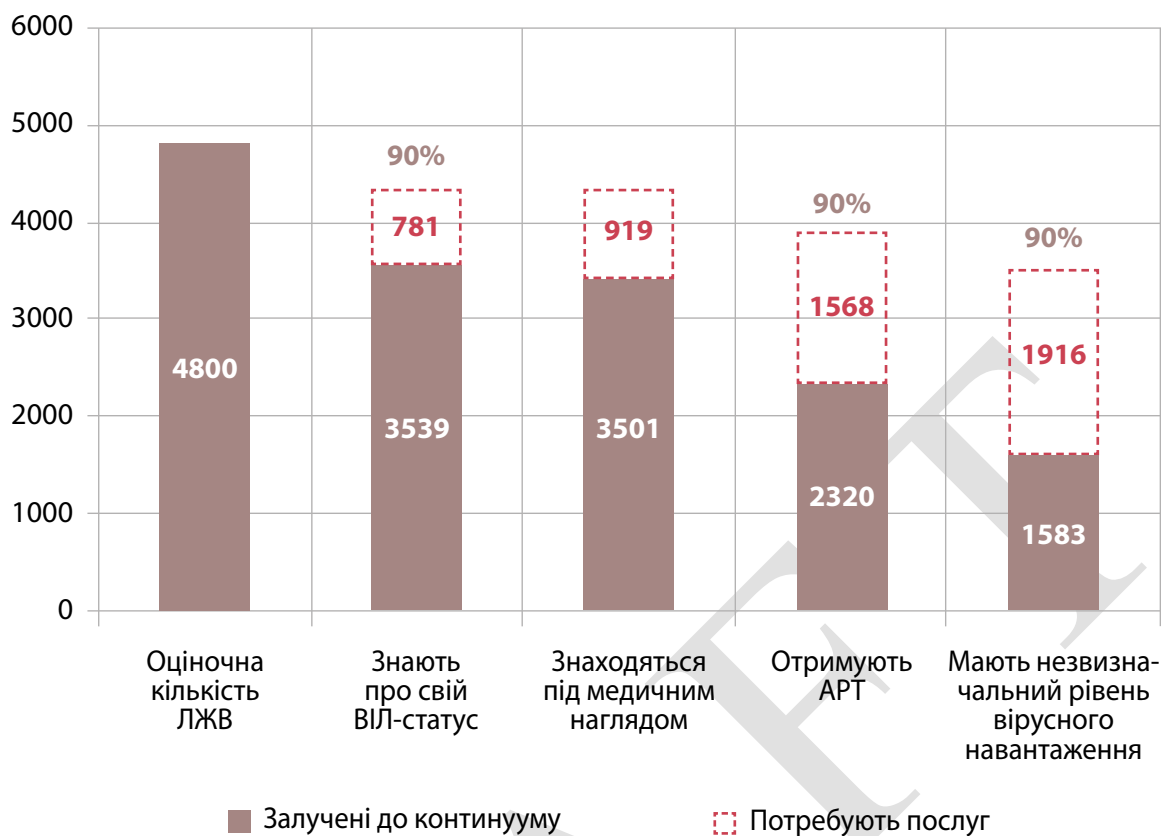


Рисунок 2. Континуум медичних послуг ВІЛ-інфікованим в Харківській області

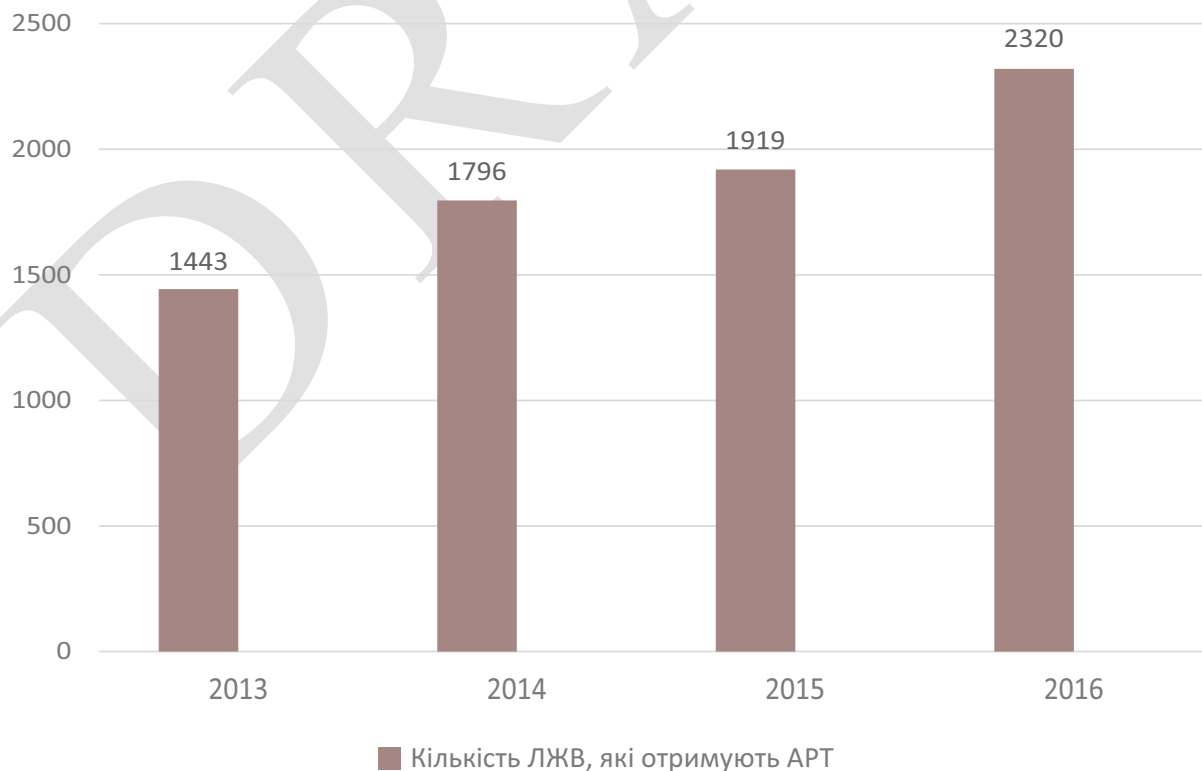


Рисунок 3. Кількість осіб, що отримують АРТ.

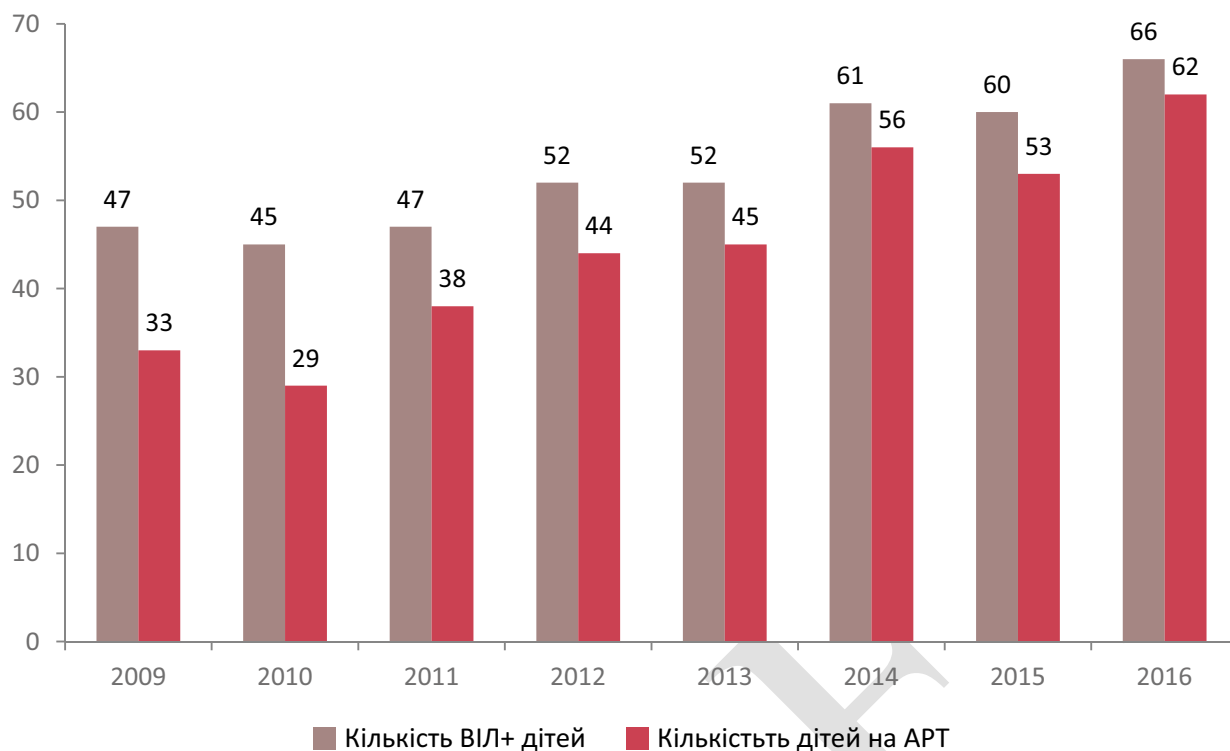


Рисунок 4. Кількість дітей, що потребують та отримують АРТ.

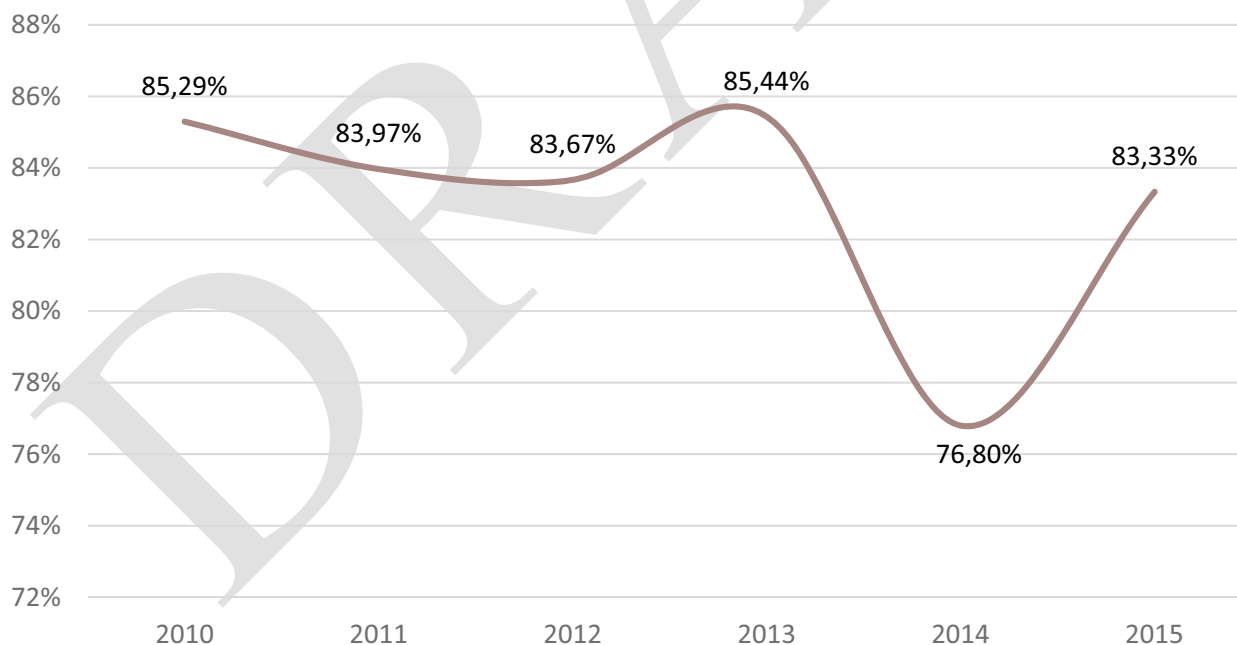


Рисунок 5. Динаміка показника «Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії», %.

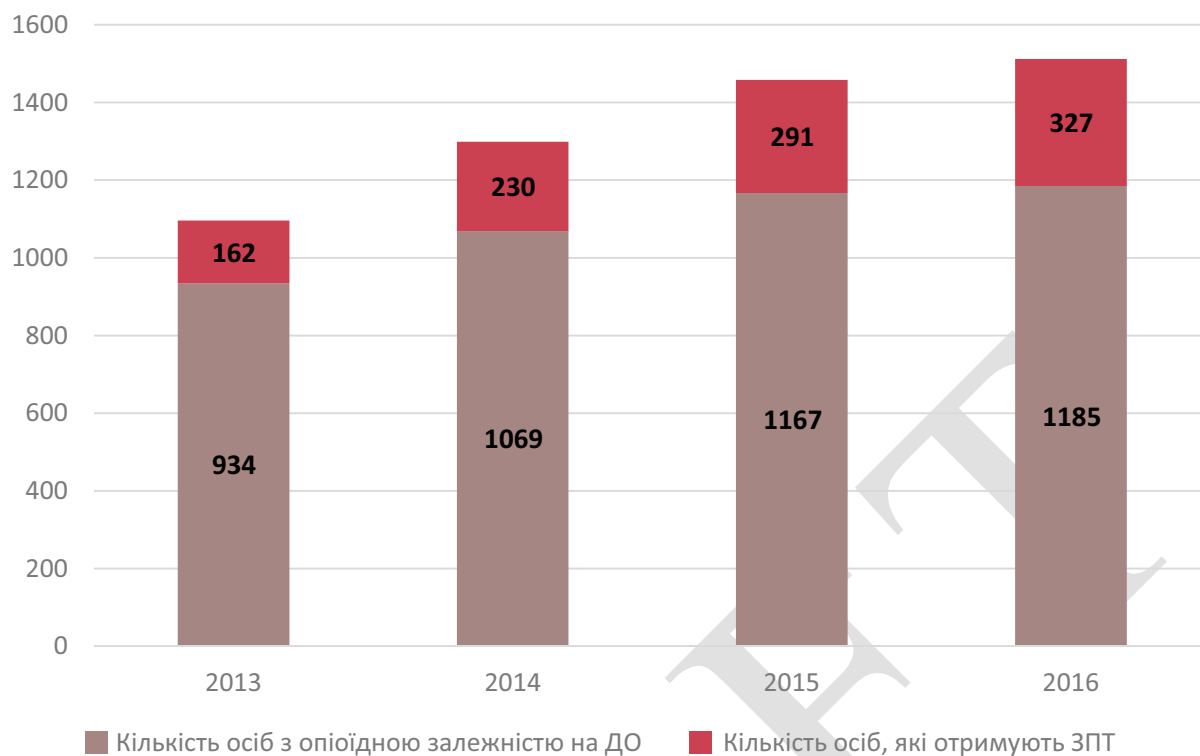


Рисунок 6. Динаміка охоплення ЛВІН-споживачів опіоїдів програмою ЗПТ.

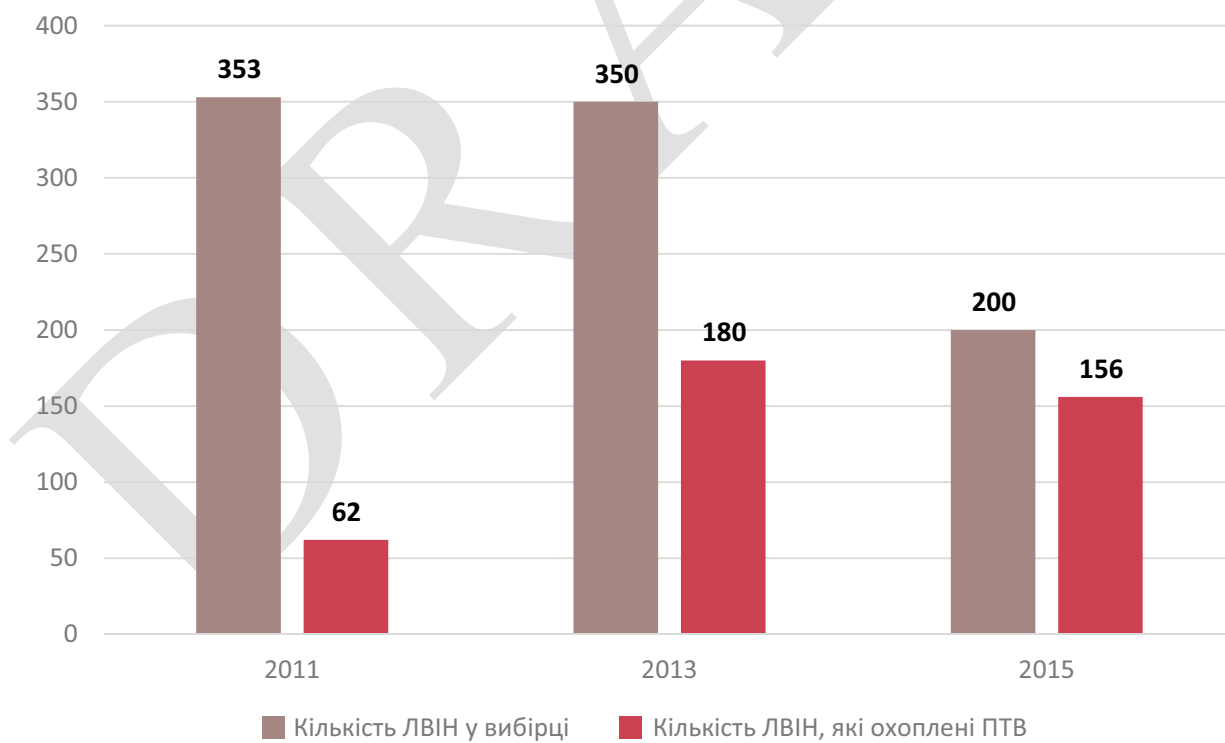


Рисунок 7. Динаміка охоплення ЛВІН тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (за даними біоповедінкових досліджень)

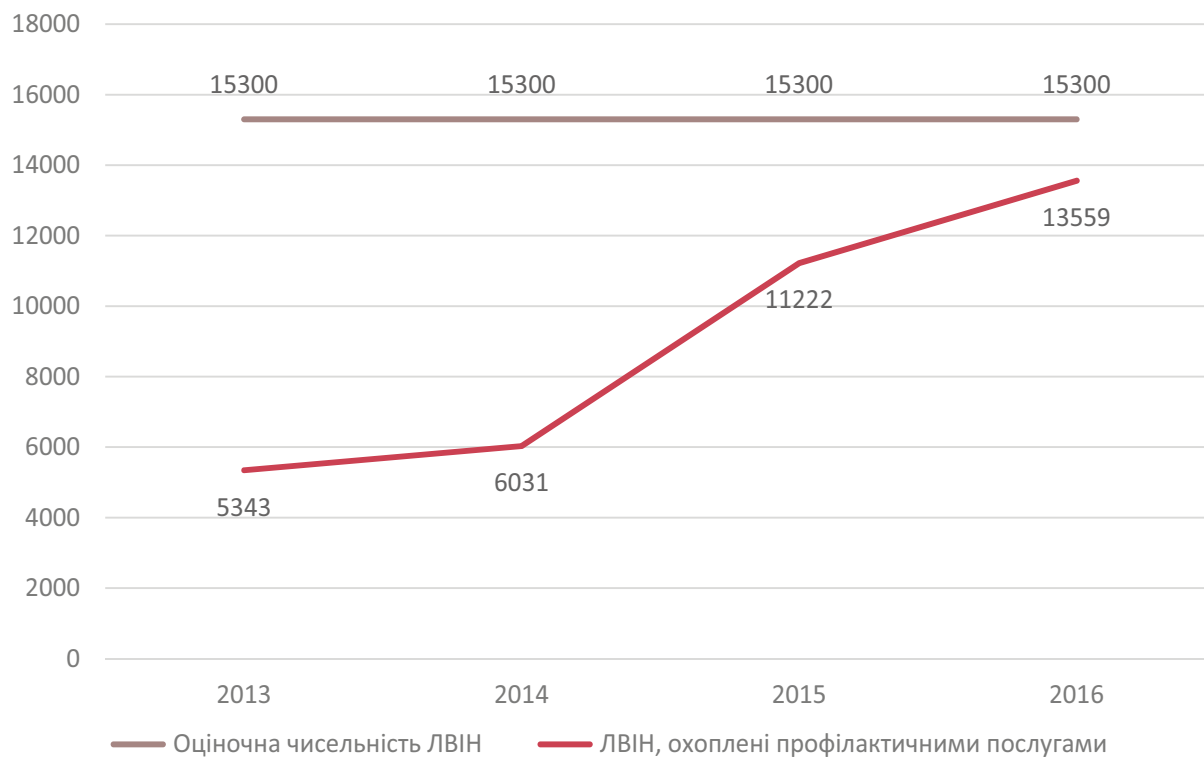


Рисунок 8. Динаміка охоплення споживачів ін'єкційних наркотиків профілактичними програмами.

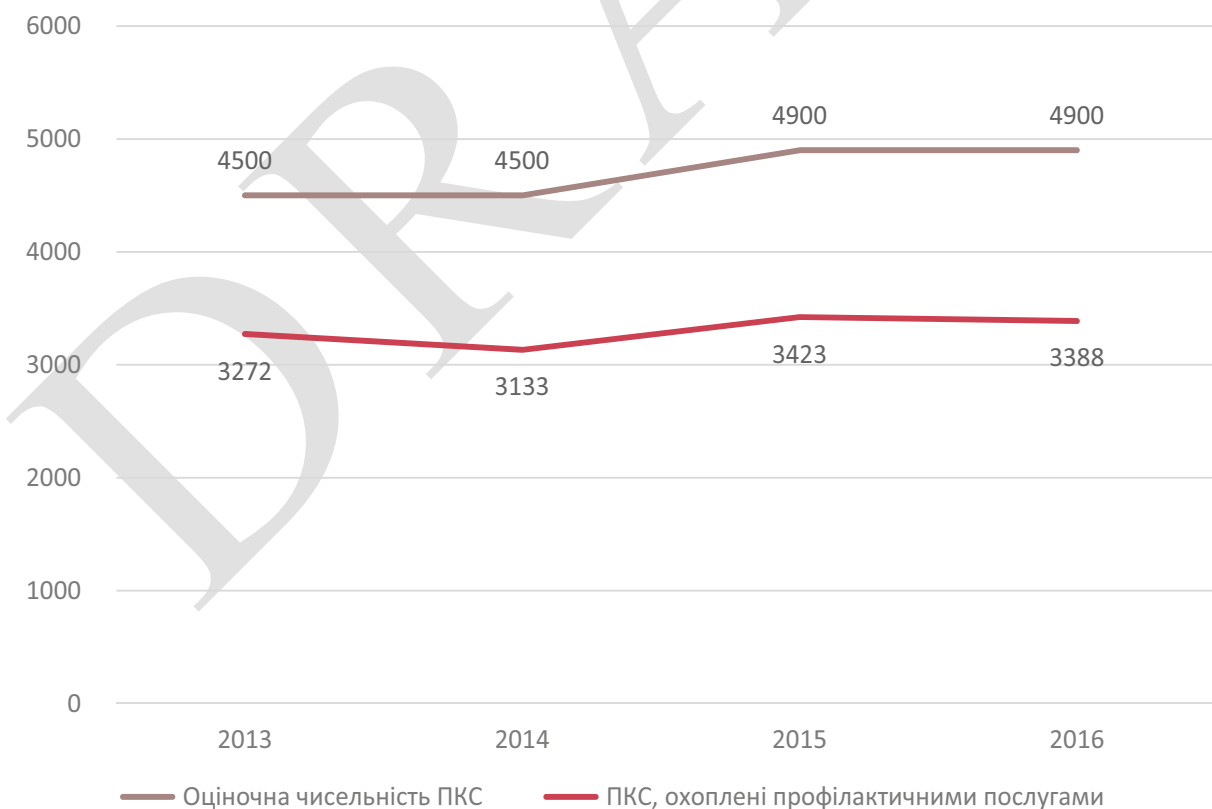


Рисунок 9. Динаміка охоплення осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, профілактичними програмами.

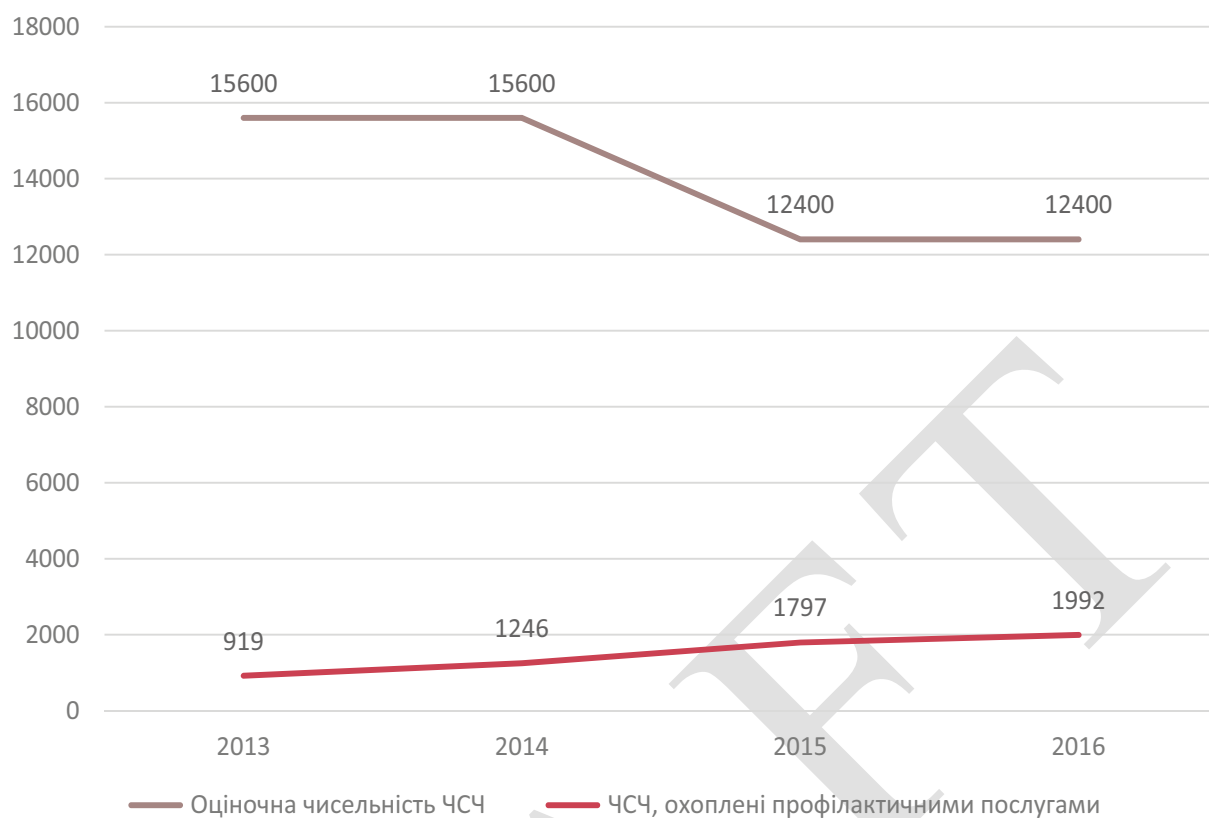


Рисунок 10. Динаміка охоплення чоловіків, які мають секс з чоловіками, профілактичними програмами.

7.2. Таблиці

Таблиця 1. Розподіл хворих, що отримують АРТ, станом на 01.01.2017.

№ п/п	Населений пункт	Заклад охорони здоров'я	Кількість осіб на АРТ станом на 01.01.17
1	м. Харків	КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом»	1813
2	м. Харків	КЗОЗ «Обласний протитуберкульозний диспансер №1»	9
3	м. Харків	КЗОЗ «Обласна туберкульозна лікарня №1»	3
4	м. Лозова	КЗОЗ «Лозівське територіальне медичне об'єднання»	67
5	м. Куп'янськ	КЗОЗ «Куп'янська міська лікарня»	79
6	м. Первомайськ	КЗОЗ «Первомайська центральна районна лікарня»	28
7	м. Балаклія	КЗОЗ «Балаклійська центральна районна клінічна лікарня»	56
9	м. Красноград	КЗОЗ «Красноградська центральна районна лікарня»	17
10	м. Ізюм	КЗОЗ «Ізюмська центральна районна лікарня»	37
11	м. Зміїв	КЗОЗ «Зміївська центральна районна лікарня»	25
12	м. Дергачі	КЗОЗ «Дергачівська центральна районна лікарня»	6
ВСЬОГО			2136

Таблиця 2. Кадрове забезпечення сайтів АРТ.

№ п/п	Заклад охорони здоров'я	К-ть штатних одиниць лікарів-інфекціоністів	К-ть штатних одиниць медичних сестер
1	КЗОЗ «Обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом»	5,5	6,0
2	КЗОЗ «Обласний протитуберкульозний диспансер №1»	1,0	2,0
3	КЗОЗ «Обласна туберкульозна лікарня №1»	0,5	1,0
4	КЗОЗ «Лозівська міська лікарня»	1,0	1,5
5	КЗОЗ «Куп'янська міська лікарня»	1,0	1,0
6	КЗОЗ «Первомайська центральна районна лікарня»	1,0	1,0
7	КЗОЗ «Балаклійська центральна районна клінічна лікарня»	1,0	1,5
8	КЗОЗ «Красноградська центральна районна лікарня»	1,0	1,0
9	КЗОЗ «Ізюмська центральна районна лікарня»	0,5	1,0
10	КЗОЗ «Зміївська центральна районна лікарня»	0,25	0,5
11	КЗОЗ «Дергачівська центральна районна лікарня»	1,0	1,0

Таблиця 3. Аналіз причин відмови пацієнтів від прийому АРТ.

Причини припинення АРТ	Абсолютний показник	Відсоток
1. Зловживання наркотиками та алкоголем.	500	50,3
2. Стигма, негативний вплив оточуючих, страх відкриття ВІЛ-статусу.	1	0,2
3. Погіршення самопочуття, припинення АРТ через розвиток побічних ефектів, з ініціативи хворого в т.ч. депресія (не за медичними показаннями).	45	4,5
4. Небажання продовжувати лікування (письмова відмова хворого).	11	1,1
5. Релігійні переконання.	1	0,2
6. Смерть хворого.	234	23,6
7. Вибуття в іншу область країни.	200	20,1
ВСЬОГО	993	100

Таблиця 4. Відсоток ЛЖВ, охоплених послугами догляду та підтримки.

Індикатор	2013	2014	2015	2016
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, (2013-2016 рр.)	48,30	53,61	51,63	63,12
Чисельник (кількість людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки).	1094	1344	1460	2035
Знаменник (кількість осіб, що перебувають під медичним наглядом за винятком закладів ДПтС).	2265	2507	2828	3224
За статтю				
чоловіча	485	604	649	1038
жіноча	609	740	811	997
За віком				
до 18 років	2	2	3	8
18 років і старші	1093	1342	1457	2028

8. ДОДАТКИ

8.1. Таблиця значень індикаторів – Харківська область (Додаток до звіту № 1)

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1.	Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (показник № 9 плану МіО)	5,56	2,50	1,12	0,00	1,01	2,90				
	чисельник	4	2	1	0	1	2				
	знаменник	72	80	89	98	99	69				
	цільове значення					2%			2,50%		1%
2.	Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 4 плану МіО)	2,6	2,5	2,4	3,0	2,9	1,2	2,1	2,3		
	чисельник	71	69	65	82	80	34	58	63		
	знаменник	2775756	2762099	2748644	2743300	2740831	2734272	2715666	2695839		
	цільове значення		13,6 на 100 тис. нас.			11,5 на 100 тис. нас.					9,9 на 100 тис. нас.
	За типом поселення										
	міське	2,9	2,3	2,5	3,0	2,9	1,4	2,5	2,4		
	чисельник	65	50	56	66	65	31	56	53		
	знаменник	2221552	2214078	2205163	2197246	2204935	2202474	2200662	2192471		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	сільське	1,1	3,4	1,6	2,9	2,8	0,6	0,4	1,9		
	чисельник	6	19	9	16	15	3	2	10		
	знаменник	560870	555011	549945	544934	539484	534768	530640	526145		
	За статтю										
	чоловіча	3,5	3,8	4,1	4,7	4,9	2,2	3,0	2,7		
	чисельник	45	48	52	59	62	28	38	34		
	знаменник	1269500	1263900	1258600	1253100	1258900	1257300	1256400	1251700		
	жіноча	1,7	1,4	0,9	1,6	1,2	0,4	1,4	2,0		
	чисельник	26	21	13	23	18	6	20	29		
	знаменник	1497300	1489600	1480800	1473400	1469900	1464300	1459300	1451300		
3.	Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 26 плану МІО)	1,4	1,7	1,6	2,0	1,4	0,8	0,2	1,3		
	чисельник	40	46	43	54	39	22	5	35		
	знаменник	2775756	2762099	2748644	2743300	2740831	2734272	2715666	2695839		
	цільове значення								4,5 на 100 тис. нас.		3,0 на 100 тис. нас.
	За типом поселення										
	міське	1,6	1,8	1,7	2,1	1,5	0,4	0,2	1,2		
	чисельник	35	39	37	46	34	8	5	27		
	знаменник	2221552	2214078	2205163	2197246	2204935	2202474	2200662	2192471		
	сільське	0,9	1,3	1,1	1,5	0,9	2,6	0,0	1,5		
	чисельник	5	7	6	8	5	14	0	8		
	знаменник	560870	555011	549945	544934	539484	534768	530640	526145		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	За статтю										
	чоловіча	2,5	2,8	2,6	3,2	2,5	1,3	0,3	2,3		
	чисельник	32	35	33	40	32	16	4	29		
	знаменник	1269500	1263900	1258600	1253100	1258900	1257300	1256400	1251700		
	жіноча	0,5	0,7	0,7	1,0	0,5	0,4	0,1	0,4		
	чисельник	8	11	10	14	7	6	1	6		
	знаменник	1497300	1489600	1480800	1473400	1469900	1464300	1459300	1451300		
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15-24 роки, % (показник № 3 плану МіО)					0,15	0,14	0,15	0,16		
	чисельник					13	12	13	10		
	знаменник					8520	8597	8710	6427		
	цільове значення								0,30%		0,27%
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (показник № 5 плану МіО)	0,58	0,58	0,58	0,48	0,43	0,46	0,48	0,45		
	чисельник	165	156	163	136	121	129	122	108		
	знаменник	28208	27069	28127	28109	28401	27844	25258	23799		
	цільове значення								0,62%		0,49%
6.	Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (показник № 6 плану МіО)	1,2		2,7		5,1					
	чисельник	1		1		2					
	знаменник	81		37		39					
	цільове значення								5,30%		3,50%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
7.	Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, що живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (показник № 7 плану МіО)	0		0		0		1,9			
	чисельник	0		0		0					
	знаменник	66		131		144					
	цільове значення					5,00%					1,40%
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)	2,3		4,5		0,0					
	чисельник	2		5		0					
	знаменник	87		112		196					
	цільове значення					7,50%			3,20%		2,10%
	Впливу, додаткові, Оцінка										
9.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	21,0	21,2	22,8	24,7	28,2	23,9	21,2	23,1		
	чисельник	582	586	627	678	773	654	576	622		
	знаменник	2775756	2762099	2748644	2743300	2740831	2734272	2715666	2695839		
10.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	31,6	26,8	31,1	34,5	36,0	27,1	26,1	25,2		
	чисельник	871	735	851	941	980	736	708	681		
	знаменник	2760120	2746463	2733008	2727664	2725195	2718636	2709323	2702980		
	За типом поселення										
	міське	35,7	28,7	35,2	38,6	40,5	28,9	27,0	22,0		
	чисельник	785	628	768	842	884	631	588	478		
	знаменник	2198101	2189907	2181490	2181194	2183990	2181853	2176851	2172756		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	сільське	15,3	19,2	15,0	16,5	17,7	19,6	22,5	26,4		
	чисельник	86	107	83	90	96	105	120	140		
	знаменник	562019	556556	551518	546470	541205	536783	532472	530224		
	За статтю										
	чоловіча	46,5	35,5	45,4	53,7	58,2	34,8	34,1	29,1		
	чисельник	590	449	571	673	733	437	429	364		
	знаменник	1269476	1263832	1258625	1253130	1258896	1257318	1256376	1251749		
	жіноча	18,8	19,2	18,9	18,2	16,8	20,4	19,1	17,5		
	чисельник	281	286	280	268	247	299	279	254		
	знаменник	1497310	1489621	1480847	1473414	1469887	1464288	1459290	1451231		
11.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком від 15 років, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.										
	чисельник										
	знаменник										
12.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	5,1	5,2	4,5	6,0	5,6	4,2	5,0	5,3		
	чисельник	140	142	123	163	152	115	136	144		
	знаменник	2760120	2746463	2733008	2727664	2725195	2718636	2709323	2702980		
	За типом поселення										
	міське	5,6	5,1	4,8	5,8	0,0	0,0	0,0	0,0		
	чисельник	124	111	105	127						
	знаменник	2198101	2189907	2181490	2181194	2183990	2181853	2176851	2172756		
	сільське	2,8	5,6	3,3	6,6	0,0	0,0	0,0	0,0		
	чисельник	16	31	18	36						
	знаменник	562019	556556	551518	546470	541205	536783	532472	530224		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	За статтю										
	чоловіча	7,4	7,3	7,5	9,2	8,1	6,5	6,4	7,3		
	чисельник	94	92	94	115	102	82	81	92		
	знаменник	1269476	1263832	1258625	1253130	1258896	1257318	1256376	1251749		
	жіноча	3,1	3,4	2,0	3,3	3,4	2,3	3,8	3,6		
	чисельник	46	50	29	48	50	33	55	52		
	знаменник	1497310	1489621	1480847	1473414	1469887	1464288	1459290	1451231		
13.	Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком від 15 років, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.										
	чисельник										
	знаменник										
14.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, серед осіб віком від 15 років, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	72,46	79,61	87,96	98,84	108,85	116,91	129,62	148,51		
	чисельник	1764	1926	2114	2360	2595	2772	3055	3473		
	знаменник	2434530	2419214	2403397	2387620	2383998	2370984	2356882	2338636		
	За типом поселення										
	міське	75,73	81,61	90,10	101,88	111,34	118,38	130,82	149,47		
	чисельник	1474	1580	1734	1949	2132	2257	2482	2815		
	знаменник	1946463	1935931	1924427	1913048	1914777	1906524	1897206	1883362		
	сільське	59,42	71,59	79,34	86,60	98,67	110,88	124,65	144,53		
	чисельник	290	346	380	411	463	515	573	658		
	знаменник	488067	483283	478970	474572	469221	464460	459676	455274		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	За статтю										
	чоловіча	86,55	92,12	101,02	113,56	125,57	130,58	146,79	170,01		
	чисельник	951	1006	1097	1225	1358	1406	1573	1809		
	знаменник	1098777	1092094	1085905	1078683	1081432	1076762	1071600	1064073		
	жіноча	60,86	69,32	77,19	86,71	94,97	105,55	115,31	130,55		
	чисельник	813	920	1017	1135	1237	1366	1482	1664		
	знаменник	1335753	1327120	1317492	1308937	1302566	1294222	1285282	1274563		
	За віком										
	15-17 років	6	4	3	2	3	5	9	13		
	18-24 років	192	124	106	126	114	110	105	120		
	25-49 років	1512	1727	1918	2134	2352	2491	2742	3106		
	50+ років	54	71	87	98	126	166	199	234		
15.	Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком від 15 років, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.										
	чисельник										
	знаменник										
16.	Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, віком віком від 15 років, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	11,4		8,5		10,3		13,0			
	чисельник	20		30		36		26			
	знаменник	175		353		350		200			
	цільове значення					18,20%					
17.	Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, що живуть з ВІЛ, віком від 15 років, 2009-2016 рр.	0,0		0,0		1,1		0,9			
	чисельник	0		0		4					
	знаменник	153		300		354					
	цільове значення					6,60%					

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
18.	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком від 15 років, 2009-2016 рр.	3,3		4,7		1,3		2,0			
	чисельник	5		14		5		3			
	знаменник	150		300		400		150			
	цільове значення					7,90%					
	Інші індикатори (план МІО)										
19.	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).					Дослідження не проводилось					
	чисельник										
	знаменник										
	цільове значення										70%
20.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (показник № 19 плану МІО).					53,3	52,1	43,6	58,4		
	чисельник					345	280	230	361		
	знаменник					647	537	527	618		
	цільове значення								40,00%		37,00%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
21.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб які пройшли медичний нагляд протягом року серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, що перебувають на обліку, 2013-2016 рр. (показник № 20 плану МіО)					80,1	79,5	81,0	96,3		
	чисельник					2273	2394	2674	3587		
	знаменник					2836	3010	3300	3725		
	цільове значення								80,00%		85,00%
	За типом поселення										
	міське					78,0	80,3	81,7	96,1		
	чисельник					1816	1963	2184	2884		
	знаменник					2329	2445	2672	3001		
	сільське					90,1	76,3	78,0	97,1		
	чисельник					457	431	490	703		
	знаменник					507	565	628	724		
	За статтю										
	чоловіча					82,2	76,8	77,9	93,4		
	чисельник					1204	1162	1313	1803		
	знаменник					1464	1513	1686	1930		
	жіноча					78,1	82,3	84,3	99,4		
	чисельник					1069	1232	1361	1784		
	знаменник					1368	1497	1614	1795		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
22.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку, 2013-2015 рр. (показник № 24 плану МіО)					85,44	76,8	83,33			
	чисельник					352	288	265			
	знаменник					412	375	318			
	цільове значення								85,00%		86,00%
	За причинами вибуття										
	внаслідок смерті					21	11	23			
	відмовився					39	76	30			
23.	Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник № 28 плану МіО).					Дослідження не проводилось					
	чисельник										
	знаменник										
	цільове значення								зниження на 20% від базового значення		зниження на 50% від базового значення
24.	Кількість людей, які вживають ін'єкційні наркотики, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №14 плану МіО).					5343	6031	11222	13559		
	За статтю										
	чоловіча					4114	4628	8850	10554		
	жіноча					1229	1403	2372	3005		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	За віком										
	до 18 років					13	8	21	39		
	18-19 років					39	43	49	86		
	20-24 роки					577	523	768	748		
	25-49 років					4537	5294	10090	12283		
	50+ років					177	163	294	403		
	% виконання даного індикатора від запланованої цілі					96,6	99,7	112,0	119,7		
	% охоплення ЛВІН від оціночної кількості ЛВІН в області.					34,92	39,42	73,35	88,62		
	чисельник					5343	6031	11222	13559		
	знаменник					15300	15300	15300	15300		
25.	Кількість осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, охоплені профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №15 плану МіО).					3272	3133	3423	3388		
	За віком										
	до 18 років					4	4	1	0		
	18-19 років					73	73	27	32		
	20-24 роки					1010	929	721	589		
	25-49 років					2181	2122	2661	2747		
	50+ років					4	5	13	20		
	% виконання даного індикатора від запланованої цілі					99	99	100	100		
	% охоплення ОСБ від оціночною кількості ОСБ в області.					72,7	69,6	69,9	69,1		
	чисельник					3272	3133	3423	3388		
	знаменник					4500	4500	4900	4900		
	кількість розданих презервативів на одну особу, яка надає сексуальні послуги за винагороду, за рік					130	125	178	245		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
26.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №16 плану МіО).					919	1246	1797	1992		
	За віком										
	до 18 років					3	5	2	2		
	18-19 років					21	18	36	33		
	20-24 роки					246	270	338	358		
	25-49 років					638	938	1406	1571		
	50+ років					11	15	15	28		
	% виконання даного індикатора від запланованої цілі					109,25	100	100	100		
	% охоплення ЧСЧ від оцінюваною кількості ЧСЧ в області.					5,89	7,99	14,49	16,06		
	чисельник					919	1246	1797	1992		
	знаменник					15600	15600	12400	12400		
	кількість розданих презервативів на одного ЧСЧ за рік					96	92	16	45		
27.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (показник №21 плану МіО)					48,30	53,61	51,63	63,12		
	чисельник					1094	1344	1460	2035		
	знаменник					2265	2507	2828	3224		
	цільове значення								Дорослі – 80% Діти – 90% Дорослі – 100% Діти – 100%		
	За статтю										
	чоловіча					485	604	649	1038		
	жіноча					609	740	811	997		

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	За віком										
	до 18 років					2	2	3	8		
	18 років і старші					1093	1342	1457	2028		
28.	Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №10 плану МіО)			17,56		51,43		78,00			
	чисельник			62		180		156			
	знаменник			353		350		200			
	цільове значення								45,00%		55,00%
29.	Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №11 плану МіО)	47,4		84,7		69,2		78,0			
	чисельник	73		254		245		156			
	знаменник	154		300		354		200			
									65,00%		70,00%
30.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №12 плану МіО)	23,33		19,67		20,00		35,33			
	чисельник	35		59		80		53			
	знаменник	150		300		400		150			
	цільове значення								45,00%		55,00%
31.	Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №13 плану МіО)					52,9	86,0	29,1	61,3		
	чисельник					5476	6554	2015	3815		
	знаменник					10351	7617	6931	6226		
	цільове значення								40,00%		60,00%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
32.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які на теперішній час його отримують, 2013-2016 рр. (показник № 22 плану МіО)					1443	1796	1919	2320		
33.	Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (показник № 25 плану МіО)						74,2	72,2	67,1		
	чисельник						115	135	102		
	знаменник						155	187	152		
	цільове значення								55,00%		70,00%
	За статтю										
	чоловіча						74,8	70,4	68,1		
	чисельник						80	107	81		
	знаменник						107	152	119		
	жіноча						72,9	80,0	63,6		
	чисельник						35	28	21		
	знаменник						48	35	33		
34.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр. (показник №23 плану МіО)					86,5	91,8	88,3	93,9		
	чисельник					45	56	53	62		
	знаменник					52	61	60	66		
	цільове значення								99,00%		100,00%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
35.	Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр. (показник №27 плану МіО)					17,3	21,5	24,9	27,6		
	чисельник					162	230	291	327		
	знаменник					934	1069	1167	1185		
	цільове значення								20,00%		35,00%
	За статтю										
	чоловіча					17,22	21,73	24,21	26,86		
	чисельник					140	201	244	275		
	знаменник					813	925	1008	1024		
	жіноча					18,18	20,14	29,56	32,30		
	чисельник					22	29	47	52		
	знаменник					121	144	159	161		
36.	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр. (показник №1 плану МіО).	13900488,42	19257862	27783075,57	35775068,16	54343013	48999342	71027645			
	Витрати АРТ	1230669,62	4300604	3892616,2	4192001	7318634,2	6440826,82	10725107,12			
	Інші (ГФ)	59839	78350	633845	354351	1604534,2	1777111,98	3718617,12			
	Держаний	1170830,62	4222254	3258771,2	3837650	5714100	4663714,84	7006490			
	Витрати КІТ	2240058,8	2941147,2	921374	1124107,24	1730893,77	1131050,15	2077117,98			
	Місцевий	1587370	2413812	2491102,6	3893914,7	5752652,7	4120505,7	4336759,5			
	Державний	588019	391237,3	246128	155700	744881	486643,3	785896,3			
	Інші	64669,8	136097,9	364991,5	314057	175083,3	144871,8	547748			
	Профілактика серед ОСБ	18690	980000	991600	1244500	1272000	759800,99	1620473			
	Місцевий										
	Інші	18690	980000	991600	1244500	1272000	759800,99	1620473			

[illegible]

8.2. Характеристика Харківської області (Додаток до звіту № 2)

8.2.1. Адміністративно-територіальний устрій

Харківська область розташована у північно-східній частині України, на півночі межує з Білгородською областю Російської Федерації, на сході – з Луганською, на південному сході – з Донецькою, на півдні – з Дніпропетровською, на заході – з Полтавською, на північному заході – з Сумською областями. Площа області становить 5,2 % території України.

До складу області входить 27 районів, 17 міст, з яких 7 обласного значення (обласного підпорядкування) – Ізюм, Куп'янськ, Лозова, Люботин, Первомайський, Харків, Чугуїв, та 10 – районного значення, 61 селищ міського типу, 1542 села, 138 селищ, 60 селищних рад, 381 сільська рада. Адміністративний центр – місто Харків.

8.2.2. Демографічні характеристики

Незважаючи на притаманний всім східним областям України низький рівень народжуваності, а також вищий за середньоукраїнський від'ємний природний рух населення, Харківська область належить до регіонів з найвищим рівнем демографічного потенціалу в Україні. Її сильними сторонами виступають високий рівень урбанізації території, міграційна привабливість для молоді, найнижчий у державі рівень демографічного навантаження дітей та пенсіонерів на осіб працездатного віку. До слабких сторін регіону відносяться різко виражена моноцентрична просторова організація та наявність значних територіальних диспропорцій у демографічній ситуації на рівні районів.

У Харківській області проживає 6% населення держави (2 млн 775 тис. осіб). За цим показником регіон посідає 4-е місце в Україні. Харків – друге за чисельністю місто держави після Києва та восьме у Східній Європі.

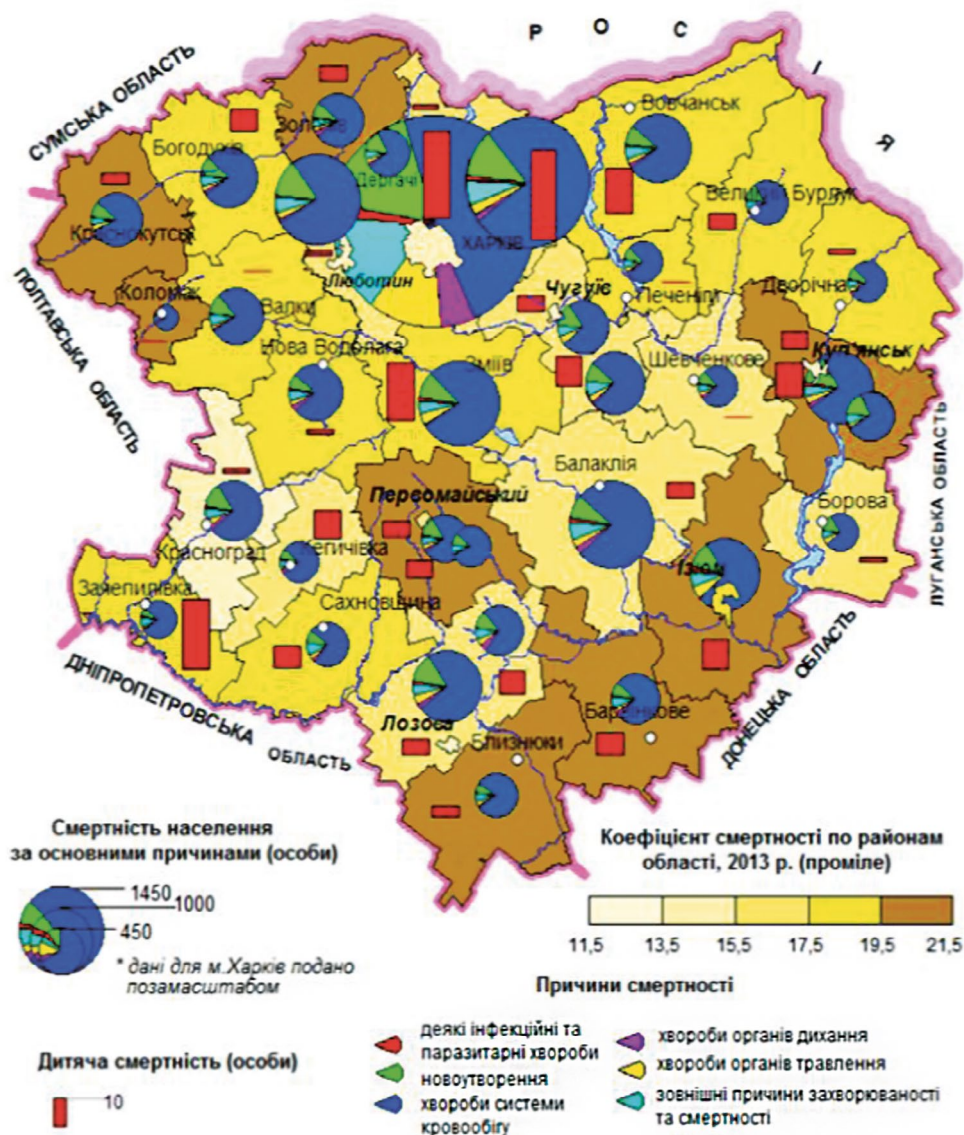
Область є густозаселеною. Щільність населення складає 87,1 осіб/км² (середньоукраїнський показник – 75,3 осіб/км²). У сільській місцевості щільність в середньому складає 33 особи/км² та не має істотних відмінностей від району до району. Проте у міській місцевості розміщення населення має різкі диспропорції: від 800 осіб/км² (м. Люботин) до 4710 осіб/км² (м. Харків).

Чверть населення Харківської області має вищу освіту (24,8%). За питомою вагою людей з вищою освітою регіон посідає перше місце серед областей України. При цьому рівень освіченості зростає. У 1987 році повну вищу освіту мали 17% жителів області, старших за 6 років, у 2001 році – 23,5%. У місті Харкові та nabliжених до нього районах показники вищі за середньообласні.

За віковою структурою населення Харківська область належить до «наймолодших» регіонів України. Особливо виділяється місто Харків як осередок студентства. Питома вага молодих людей у віці до 35 років у загальній чисельності населення Харкова сягає 42,5%. Це найвищий показник серед обласних центрів України.

Харківська область має від'ємний природний приріст населення (перевищення смертності над народжуваністю) та належить до регіонів, що за роки незалежності України втратили від 10 до 15% наявного населення. Разом із тим, область вигідно відрізняється на фоні сусідніх промислових регіонів Сходу країни, де втрати склали від 15 до 25% (найбільші – в Луганській і Сумській областях).

У той же час, за останні десять років темпи природного зменшення чисельності населення скоротилися вдвічі – до 4,7 осіб на 1000 населення. Позитивна тенденція закріплюється завдяки підвищенню тривалості життя, яка, хоча ще не сягає рівня східноєвропейських країн, проте перевищує середньоукраїнський показник, зменшенню рівня смертності (з 16 ‰ до 14 ‰ протягом 2000 – 2013 років), а також збільшенню рівня народжуваності (з 6,5 ‰ до 9,5 ‰).



Харківська область є однією із найбільш міграційно привабливих. Сальдо міграції втричі переважає національний показник. У 2013 році міграційний приріст населення області склав 2‰ (по Україні – 0,7‰). Найбільш міграційно активною є молодь у віці від 15 до 19 років, що прибуває на навчання, а також особи у віці від 20 до 24 років, які вибувають після отримання диплому. Як свідчить графік, значна частка випускників вищих навчальних закладів залишається в області.

8.2.3. Соціально-економічний розвиток Харківської області

Харківська область традиційно входить у вісімку регіонів України, що здійснюють найбільші за обсягами експортно-імпортні операції з товарами. У 2013 році вона забезпечила 3,1% обсягів експорту валової продукції та 3% обсягів імпорту України.

У грошовому виразі експорт продукції промисловості підприємств Харківської області у 2014 році склав 1,491 млрд дол. США (понад 23,5 млрд грн), продукції сфери послуг – 283 млн дол. США, продукції сільського господарства – біля 331 млн дол. США.

У 2013 році, порівняно з попереднім роком, загальний імпорт продовольчих товарів збільшився на 4,6%: 431,8 млн дол. США проти 412,8 млн дол. США.

Харківська область посідає першу сходинку в рейтингу інвестиційної привабливості регіонів України. Разом із тим, співвідношення прямих іноземних інвестицій до загального обсягу інвестицій, залучених до економіки області, є незначним. Зокрема, у 2013 році воно склало лише 0,5%.

На загальноукраїнському рівні Харківська область характеризується порівняно високим рівнем добробуту населення, містким ринком праці та високим трудовим потенціалом. Регіон забезпечує 7% обороту роздрібної торгівлі України.

Харківська область належить до регіонів із найнижчим рівнем навантаження на одне вільне робоче місце. Починаючи з 2001 року, середньодушові наявні доходи жителів області вищі, ніж в середньому по Україні.

Кількість безробітних у віці від 15 до 70 років в цілому по області складає майже 88 тис. осіб (6,8%).

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

ЗВІТ

Автори звіту:

Олександр Черкасов
Дмитро Куш
Катерина Задорожна
Елла Югай
Ярослав Зелінський
Юлія Новак

Рецензент:

Інна Шваб

Верстка:

Ірина Сухомлинова

Літературна редакція:

Ігор Андрущенко



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

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60x90/8
Ум. друк. арк. 7,91
Тираж 50 прим. Замовл. № 26/6

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

