

Звіт
щодо оцінки ефективності заходів
регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу,
які реалізовувались протягом 2009–2016 років у Закарпатській області

Авторський колектив

Миرونюк Іван Святославович – Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», декан факультету здоров'я та фізичного виховання, головний позаштатний спеціаліст з питань ВІЛ/СНІД департаменту охорони здоров'я Закарпатської облдержадміністрації, доктор медичних наук;

Фільо Катерина Володимирівна – Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, т.в.о. головного лікаря;

Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна – Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, керівник центру моніторингу і оцінки;

Гудюк Наталія Арпадівна – Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, лікар-епідеміолог;

Недужко Олександр Олександрович – Благодійна організація «Український інститут політики громадського здоров'я», науковий співробітник.

Подяка за сприяння в написанні звіту:

Департаменту охорони здоров'я Закарпатської облдержадміністрації
Закарпатському обласному благодійному фонду «Закарпаття проти СНІДу»
Закарпатському обласному благодійному фонду «Рада життя»
Закарпатському обласному благодійному фонду «Підтримка протиалкогольних, протинаркотичних, проти тютюнових програм та профілактики хімічних залежностей і СНІДу»
Благодійній організації «Закарпатське благодійне товариство мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»

Закарпатському інституту післядипломної педагогічної освіти

Закарпатському обласному Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Спеціалістам Закарпатського Центру з профілактики та боротьби із СНІДом;

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

ЗМІСТ

Резюме	6
1. Список скорочень	8
2. Вступ	10
3. Методологія	12
4. Основні результати	14
4.1. Опис епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області	14
4.2. Каскад АРТ для ВІЛ-інфікованих осіб з підтвердженим ВІЛ-статусом станом на 01.01.2017 р.	21
4.3. Аналіз заходів Програми у відповідності до 5-х напрямків ВООЗ	22
4.4. Питання для подальшого вивчення	34
5. Висновки	35
6. Рекомендації	37
7. План заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Закарпатській області	40
Додаток. Таблиця значень індикаторів – Закарпатська область	45

Резюме

Мета. Метою дослідження є оцінка відповіді області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та розробка рекомендацій щодо формування регіональної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. Результати проведеної оцінки слугуватимуть джерелом стратегічної інформації для підготовки цієї цільової соціальної програми.

Матеріали та методи. У дослідженні оцінки ефективності заходів програм забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2016 рр. використовувалися підходи та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я. Оцінка складалась з двох компонентів – кількісного (у формі «кабінетного дослідження») та якісного, який впроваджувався у формі регіональної зустрічі ключових інформантів. Подальші етапи включали синтез даних, підготовку звіту, презентацій та публікацій, а також їхнє поширення.

Висновки. У Закарпатській області спостерігається початкова стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Запровадження антиретровірусної терапії (АРТ) призвело до зниження показників, пов'язаних з випадками смертності серед ЛЖВ, однак охоплення АРТ в області є недостатнім. Покращився стан охоплення ВІЛ-позитивних осіб диспансерним медичним наглядом. Високим залишається рівень реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції на пізніх (треть-четвертій) клінічних стадіях, що, в свою чергу, знижує клінічну та епідеміологічну ефективність АРТ і її вплив на стан епідемії в області.

Трудові мігранти та їхні постійні статеві партнери залишаються ключовою групою населення щодо поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на території Закарпатської області. Частка даної групи в структурі нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих складає близько 60%. Заходи, які впроваджуються щодо профілактики, залучення до тестування на ВІЛ трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, охоплення медичним наглядом ВІЛ-інфікованих представників даної групи, існують, але їх недостатньо. Необхідно розширити та удосконалити їхнє охоплення послугами, в тому числі, шляхом активного залучення медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги та неурядових організацій.

Стабільно низький рівень реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН підтверджує ефективність профілактичних програм та їх вплив на формування безпечної ін'єкційної поведінки. Однак, охоплення представників КГН профілактичними послугами силами НУО в Ужгороді потребує розширення – послуги надаються лише представникам груп ЛВІН та ОСБ. ЧСЧ не мають можливості отримання профілактичних послуг. В інших регіонах області ВІЛ-сервіси НУО не працюють.

Рекомендації для національного рівня. Для забезпечення виконання в області вимог стратегії «90-90-90» слід розробити єдину для всіх регіонів методику та оптимальний механізм розподілу квот на фінансування державних програм діагностики та лікування, які б враховували епідемічну ситуацію та оціночну кількість ЛЖВ. Для забезпечення впливу профілактичних програм для КГН на розвиток епідемії в області необхідно підтримувати ініціативи обласних НУО щодо реалізації профілактичних програм по всій області та серед представників усіх КГН (ЧСЧ, ЛВІН, ОСБ, трудові мігранти та їхні постійні статеві партнери). Для забезпечення затвердження регіональної профільної програми і виділення фінансування слід створити систему адвокації своєчасної розробки та затвердження регіональних програм з відповідним фінансуванням.

Рекомендації для регіонального рівня:

- Лобіювати потреби регіону щодо збільшення квот для закупівлі препаратів для АРТ.
- Спільно з представниками НУО розробити модель децентралізації надання АРТ, створення спеціалізованих сайтів та/або мобільних виїзних бригад у районах, віддалених від обласного центру.
- На рівні департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації забезпечити організацію роботи рутинного епіднагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІДом в області. Розробити та впровадити план заходів для підвищення рівня раннього виявлення випадків інфікування ВІЛ.
- Лобіювати питання можливості забезпечення тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів силами первинної ланки надання медичної допомоги.
- Активізувати роботу щодо тестування на ВІЛ активних ЛВІН, колишніх ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів з ініціативи медичного працівника.
- Одним із пріоритетних завдань визначити профілактику ІПСШ в групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ.
- Роботу з групою трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, яка є регіональною ключовою групою ризику інфікування ВІЛ, при написанні проекту обласної програми на 2019–2023 рр. викласти як окремий розділ.
- Сприяти розширенню діяльності НУО, які працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції за межі Ужгорода.
- З метою недопущення стигми та дискримінації, зокрема, стосовно представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, сприяти співпраці Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом з неурядовими організаціями та ініціативними групами щодо проведення спільних інформаційно-навчальних заходів для населення області.

1. Список скорочень

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
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДОЗ	Департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення щодо інфікування ВІЛ
КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КіТ	консультування і тестування на ВІЛ
КЗ	комунальний заклад
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
ЛПЗ	лікувально-профілактичні заклади
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг та оцінка
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
МРГ	міжсекторальна робоча група
НУО	неурядова організація
ОДА	обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ОКР	Обласна координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу
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 імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
ТМ	трудова мігранти
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 (ЮНЕЙДС)	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

2. Вступ

Станом на 2017 рік Україна не має досвіду комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм та їхнього впливу на епідемію ВІЛ-інфекції. Зважаючи на те, що профілі епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу дуже різняться від області до області, доцільним є проведення оцінювання відповіді на епідемію кожного окремого регіону з метою виявлення специфічних регіональних питань, які потребують особливої уваги.

Дана оцінка – важливий крок у підготовці розробки регіональної програми на 2019–2023 рр., яка має повною мірою відповідати новій стратегії Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track) та забезпечить виконання цільових показників «90-90-90».

Передумовами проведення оцінки на рівні країни стали:

- складна епідемічна ситуація в країні: на Україну припадає 19% всіх ЛЖВ країн Східної Європи та Центральної Азії та 25% випадків смерті від оціночної кількості померлих від СНІДу в регіоні;

- складна соціально-економічна ситуація;

- законодавчі обмеження та невідповідності – діюча програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу лише частково відповідає стратегіям ЮНЕЙДС: 90-90-90 (до 2020 р.) та 95-95-90 (до 2030 р.).

На рівні області:

- зростання показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію;

- зростання рівня смертності від СНІДу;

- збереження суттєвої ролі ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз у структурі смертності;

- високий рівень реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції на III-IV-й клінічних стадіях;

- ураження ВІЛ-інфекцією працездатного репродуктивного населення віком 25-49 років.

Мета оцінки: оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та проаналізувати реалізацію протягом 2009–2016 рр. Регіональної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за ключовими показниками та надати рекомендації щодо формування обласної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр.

Завдання:

1. Оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу за основними показниками впливу на епідемію ВІЛ/СНІДу та цільовими показниками 90-90-90.

2. Проаналізувати реалізацію Регіональної програми за показниками плану МіО, визначити та розглянути заходи, пов'язані з найскладнішими для виконання індикаторами.

3. Визначити та проаналізувати основні перешкоди та сприятливі фактори для досягнення індикаторів впливу та цільових показників плану МіО.

4. Розробити рекомендації для формування обласної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. з метою забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на обласному рівні.

Результати проведеної оцінки стануть джерелом стратегічної інформації для якісної підготовки цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019 – 2023 рр.

Основною цільовою аудиторією, на яку розраховані результати оцінки, є особи, що формують політику щодо протидії епідемії в Закарпатській області та Україні в цілому. До зацікавлених сторін на регіональному рівні належать департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, неурядові організації, що працюють у цій сфері, на національному рівні – МОЗ України, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», МБФ «Альянс громадського здоров'я».

На регіональному рівні розповсюдження результатів відбуватиметься через:

- Розміщення на офіційних сайтах департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації, обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, НУО, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу.
- Розміщення в інформаційному бюлетені з питань ВІЛ-інфекції.
- Представлення результатів на засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при обласній державній адміністрації, робочої групи з моніторингу та оцінки, засіданні Колегії департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та інших робочих зустрічах.

Результати проведеної оцінки оформляються у зведений звіт, який є основним документом за результатами дослідження.

3. Методологія

У Закарпатській області, згідно з Законом України від 19 лютого 2009 р. № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки», було розроблено проект Обласної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки. Однак, проект програми не був затверджений на обласному рівні. Щорічно спеціалісти Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом у співпраці зі всіма зацікавленими партнерами розробляли обласний комплексний план заходів, який затверджувався Розпорядженням голови Закарпатської обласної державної адміністрації. Згідно з ним реалізовувались основні заходи протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в області.

На виконання вимог Закону України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» для розробки проекту обласної соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. було створено міжвідомчу робочу групу. З метою якнайширшого залучення громадськості, фахівців та експертів до складу групи увійшли представники зацікавлених департаментів, управлінь та організацій, інших місцевих органів виконавчої влади, неурядових та громадських організацій, які працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Для врахування пропозицій і потреб співвиконавців проект Програми був надісланий департаментом охорони здоров'я облдержадміністрації до всіх зацікавлених сторін. Надані пропозиції та зауваження були узагальнені та враховані при формуванні проекту Програми для ефективної відповіді регіону на епідемію. Окрім того, попередній проект обласної соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. було представлено для обговорення 16.07.2014 р. на засіданні Обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Для громадського обговорення проект Програми було заздалегідь розміщено на офіційному сайті Закарпатського Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом. Втім, проект не пройшов погодження в обласній державній адміністрації.

Фінансування основних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в області здійснювалось за кошти обласного бюджету відповідно до Програми протиепідемічних заходів та боротьби з інфекційними хворобами в області на 2012-2016 рр., затвердженої рішенням обласної ради від 13.12.2011 р. № 355 зі змінами від 03.02.2014 р. № 896.

У 2016 р. проект обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2016-2018 рр. був допрацьований (включно з фінансовими розрахунками та обґрунтуванням), але також не пройшов погодження в обласній державній адміністрації. Заходи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в області в 2016 р. реалізовувалися в рамках виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 рр. та обласного комплексного плану заходів, затвердженого Розпорядженням голови Закарпатської обласної державної адміністрації від 31.12.2015 р. № 524 «Про обласний комплексний план заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2016 рік». Фінансування основних заходів комплексного плану за кошти обласного бюджету здійснювалось в рамках Програми протиепідемічних заходів та боротьби з інфекційними хворобами в області на 2012-2016 р. (рішення обласної ради від 13.12.2011 р. № 355 із змінами від 03.02.2014 р. № 896) та за рахунок асигнувань, що виділяються на утримання Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом.

Матеріали та методи. Дослідження використовувало підходи та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я. Оцінка програми починалася з кабінетного етапу. В першу чергу оцінювався вплив Програми на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу (захворюваність, смертність та ін.), включаючи індикатори ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 рр. регіонального Плану МіО.

У рамках проведення оцінки побудовано каскад лікування відповідно до рекомендацій ВООЗ, адаптованих з урахуванням особливостей системи епідемічного нагляду на національному та регіональному рівнях.

Наступним кроком оцінювалось виконання інших цільових індикаторів регіонального плану МіО, досягнення індикаторів каскаду, а також додаткових індикаторів, визначених на рівні регіону. Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів, було сформовано перелік тих, які не досягли цільових значень або потребують додаткового вивчення. Для цього було сформовано блок підпитань для додаткового пошуку інформації та обговорення на регіональній зустрічі.

ВООЗ виділяє 15 основних напрямків проведення оцінки. У рамках проведення даної, було обрано п'ять напрямків програмних заходів регіональної Програми, внесок яких у каскад лікування найбільший:

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

Додатково були вивчені профілактичні послуги для трудових мігрантів (ТМ) та їхніх постійних статевих партнерів. Слід зазначити, що на підставі результатів здійсненого в 2011 р. зв'язаного епідеміологічного дослідження Обласною координаційною радою з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу протокольним рішенням № 3 від 08.07.2011р. затверджено регіональну групу підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ «Трудові мігранти та їхнє найближче оточення (постійні статеві партнери)».

Кожен з вищезазначених напрямків був оцінений 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 проведено співставлення заходів Програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці питання, було зібрано вторинні дані, аналіз яких дозволив сформуванню другий блок підпитань. Два блоки підпитань було об'єднано у загальний список проміжних питань (у вигляді матриці аналізу даних), для відповіді на які було зібрано додаткові кількісні вторинні дані, або проведено якісне дослідження. За результатами додаткового збору кількісних та якісних даних було проведено синтез та аналіз даних, для отримання відповіді на питання щодо факторів впливу на результативність Програми.

Збір кількісної інформації відбувався з наступних основних джерел: рутинний епідгляд, сероепідмоніторинг, дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX), дані спеціальних досліджень.

Проміжні висновки про головні проблемні питання за напрямками сформували основу для якісного компоненту, який проведено у формі регіональної зустрічі зацікавлених сторін та ключових інформантів. Наступним був синтез даних, підготовка звіту, презентацій та публікацій, а також їх поширення.

4. Основні результати

4.1. Опис епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області

Станом на кінець 2016 р. Закарпатська область залишається регіоном України з найнижчим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу. Так, показник поширеності ВІЛ-інфекції склав 38,5 на 100 тис. населення проти середньоукраїнського – 313,3 на 100 тис. населення, а показник поширеності СНІДу – 12,7 на 100 тис. населення проти середнього по Україні 91,3 на 100 тис. населення. На відміну від загальноукраїнської ситуації з перехрестом у 2007 р. статевого та парентерального шляхів інфікування ВІЛ, в Закарпатській області стабільно переважає статевий шлях інфікування з моменту реєстрації першого випадку інфікування ВІЛ. за весь період епідемії в Закарпатській області офіційно зареєстровано 903 особи з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, в т.ч. 193 дитини, народжені ВІЛ-інфікованими жінками; 298 особам в області встановлено діагноз СНІД. За весь період епіднагляду 110 осіб було знято з обліку у зв'язку зі смертю від захворювань, зумовлених захворюваннями на стадії СНІДу, із них 3 дитини. Із всіх зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб 86 (9,5%) є людьми, які вживають ін'єкційні наркотики.

У 2016 р. на обліку перебували 22 ВІЛ-позитивні вагітні.. 2 ВІЛ-інфіковані жінки, виявлені у 2016 р., на диспансерний облік не ставали. Показник вертикальної трансмісії впродовж 2011-2014 рр. був нульовим, підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції відбувається в поодиноких випадках (2009 та 2010 рр. по одній дитині).

Динаміка захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2009–2016 рр. Реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції в Закарпатській області зростає з 50 (4,0 на 100 тис. населення) випадків у 2009 році до 105 (8,4 на 100 тис. населення) у 2016 році (рис.1).

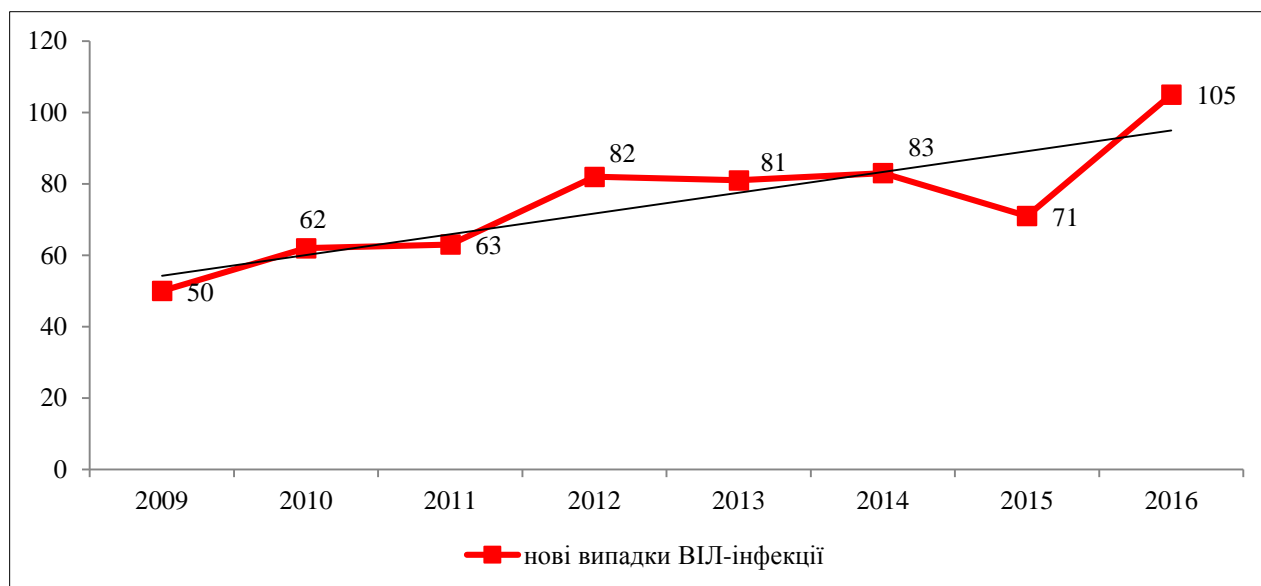


Рис.1 Динаміка реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції в Закарпатській області, 2009–2016 рр., абсолютні цифри

У 2012 та 2016 рр. зареєстровано високі темпи приросту показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію у порівнянні з попереднім роком (+30,2% та +47,9% відповідно). В абсолютних значеннях ріст у 2012 році відбувся до 82 випадків з 63 попереднього року, в 2016 році – до 105

випадків проти 71 попереднього року. Найбільші показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області у наступних адміністративно-територіальних одиницях: Ужгород, Мукачівський, Тячівський та Хустський райони (рис. 2).

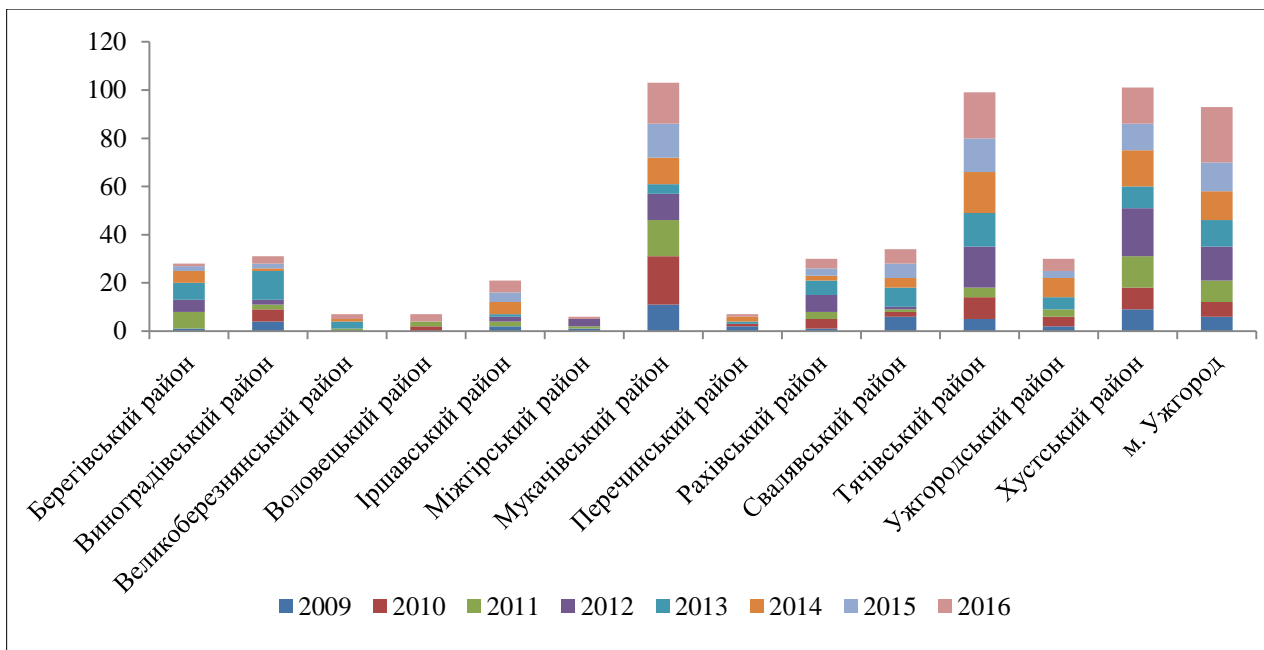


Рис.2 Кумулятивна кількість ВІЛ-інфікованих серед нових випадків за адміністративно-територіальними одиницями області, 2009–2016 рр.

Кумулятивна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції за 2009–2016 рр. у вищенаведених адміністративно-територіальних одиницях склала 396 із 597 по області, що становить 66,3%. Динаміка реєстрації показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Ужгород, Мукачівському, Тячівському та Хустському районах представлена на рисунку 3.

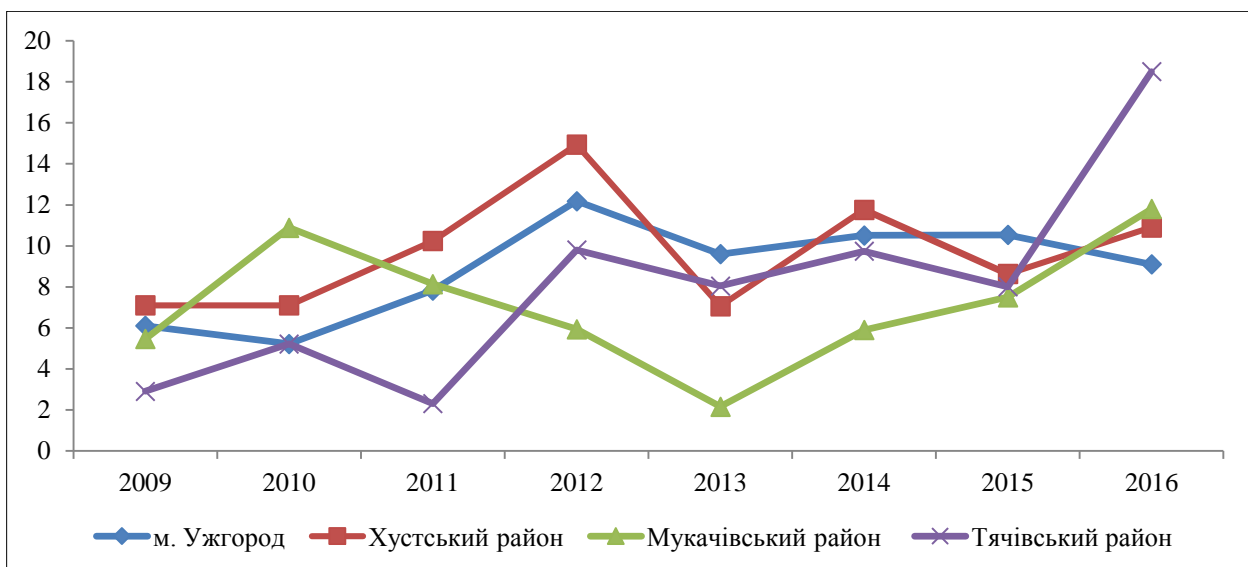


Рис. 3 Показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Ужгород, Мукачівському, Тячівському та Хустському районах, 2009–2016 рр., на 100 тис. населення

Як бачимо з рис. 3, в Ужгород, Мукачівському, Тячівському та Хустському районах протягом 2009 – 2016 рр. відмічається нерівномірність показників реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції, що швидше пов'язано з невисокими абсолютними даними. Так, кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у 2016 р. у Ужгород склала 23 проти 6 у 2009 р., у Тячівському районі – 19 випадків у 2016 р. проти 5 у 2009 р., у Мукачівському районі – 17 випадків у 2016 р. проти 11 у 2009 р., у Хустському районі – 15 випадків у 2016 р. проти 9 у 2009 р. Невисокі абсолютні дані не дають змоги зробити висновки щодо динаміки епідпроцесу у вказаних регіонах області. Проте кумулятивні дані структури нових випадків ВІЛ-інфекції в розрізі адміністративно-територіальних одиниць області чітко вказують на суттєвий вплив показників Ужгорода, Тячівського, Мукачівського та Хустського районів на розвиток епідемії у 2009 – 2016 роках.

Найчастіше випадки ВІЛ-інфекції протягом 2009–2016 рр. реєструвались серед працездатного репродуктивного населення віком 25-49 років, у середньому – $56,8 \pm 5,1\%$. Близько п'ятої частини нових випадків ВІЛ-інфекції припадає на дітей віком 0 – 14 років ($23,7 \pm 4,1\%$), зокрема, і дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які знаходяться на стадії підтвердження діагнозу. Нові випадки ВІЛ-інфекції у осіб віком 50 років і старше в структурі захворюваності за 2009–2016 рр. становлять $6,3 \pm 2,8\%$. Частка представників вікової групи 18-24 роки в структурі захворюваності 2009 – 2016 рр. нестабільна, середній показник має високу похибку і складає $12,6 \pm 4,5\%$.

Аналіз шляхів інфікування ВІЛ в динаміці (2009–2016 рр.). Відмічається переважання статевого та вертикального шляхів інфікування. Слід відмітити, що в структуру вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції включено дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які знаходяться на стадії підтвердження діагнозу. Вплив інших шляхів інфікування, зокрема, нестановленого та парентерального, внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків, незначний (рис. 4).

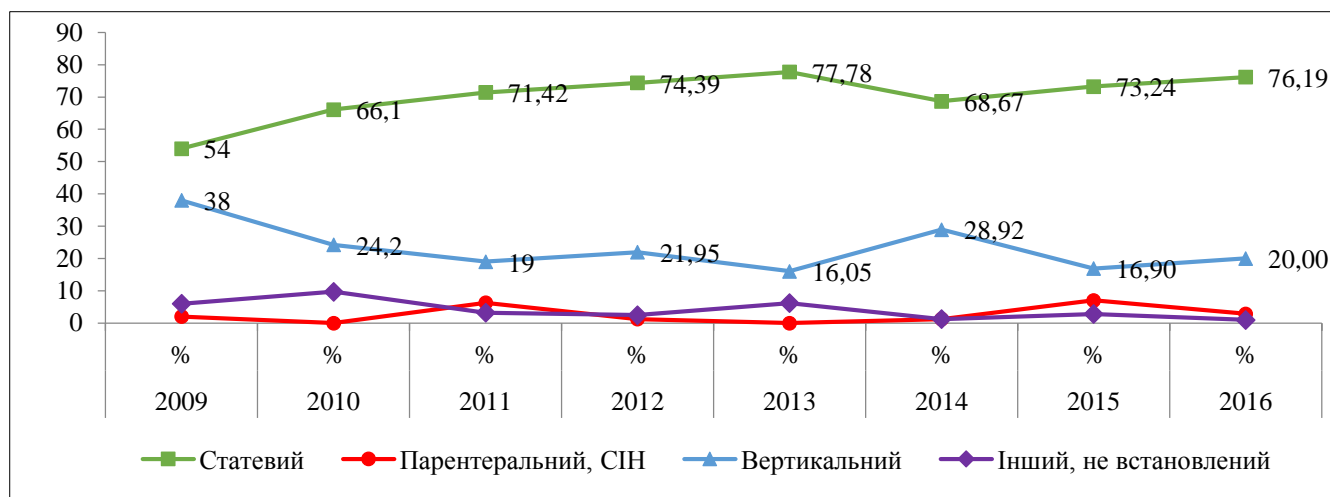


Рис. 4. Шляхи інфікування ВІЛ у Закарпатській області за 2009 – 2016 рр.

Так, частка статевого шляху інфікування зросла з 54,0% у 2009 році до 76,2% у 2016 році. Частка вертикального шляху інфікування знизилась з 38% у 2009 році до 20,0% у 2016 році. При цьому слід відмітити, що на формування даного показника прямо впливає абсолютна кількість нових випадків зареєстрованих протягом року. Відповідно, відсоток вертикального шляху інфікування був високим у 2009 році (19 випадків із 50), а в 2016 році склав п'яту частину від нових випадків (22 випадки із 105). Переважна більшість дітей, які народилися від ВІЛ-позитивних жінок, у подальшому отримали ВІЛ-негативний статус та зняті з медичного нагляду.

Отже, протягом 2009 – 2016 рр. відмічаємо ріст показника реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції. Переважним шляхом інфікування є статевий гетеросексуальний. Найбільш ураженими адміністративно-територіальними одиницями області є Ужгород, м. Хуст, Тячівський та Хустський райони.

Смертність від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. Всього від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, протягом 2009–2016 рр. померли 67 осіб. Державна статистична форма звітності №2 ВІЛ-СНІД, затверджена наказом МОЗ України від 05.03.2013 р. № 180, з 2013 року дає змогу здійснити детальний аналіз щодо показників смертності, а саме: за клінічними стадіями, внаслідок ко-інфекції ВІЛ-ТБ. Так, протягом 2013–2016 рр. внаслідок захворювань, пов'язаних з ВІЛ, померли 48 осіб, із них на четвертій клінічній стадії – 44 особи (91,7%), із них від ко-інфекції ВІЛ-ТБ – 28 осіб (63,3%). За звітними даними у 2013–2016 рр. 37,1% (23 особи) померлих від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, потребували, але не отримували АРТ. Із них у 77,4% випадків первинна діагностика ВІЛ-інфекції відбулась на пізніх стадіях хвороби. У 22,6% випадків зафіксовано відмову пацієнтів від лікування та неможливість сформулювати прихильність до АРТ.

Динаміка смертності від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, представлена на рис. 5.

Як бачимо з рис. 5, переважна більшість випадків ВІЛ-інфекції, що призвели до смерті, були виявлені на пізній (четвертій) клінічній стадії. Ко-інфекція ВІЛ-туберкульоз відіграє суттєву роль в структурі смертності.

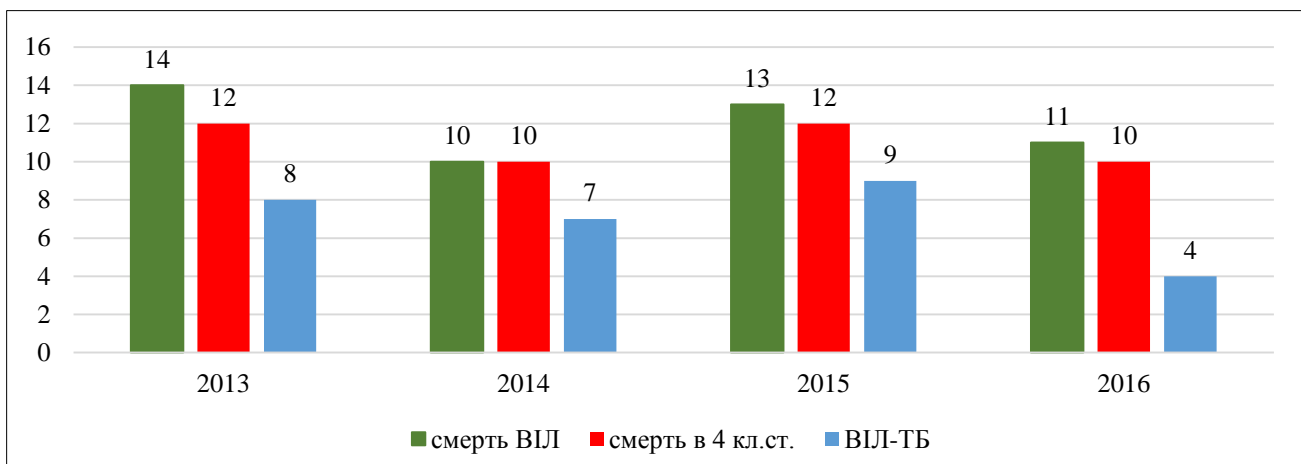


Рис. 5. Структура смертності від захворювань, пов'язаних з ВІЛ, у 2013 – 2016 рр.

Поширеність ВІЛ-інфекції. На кінець 2016 року показник поширеності ВІЛ-інфекції в області склав 38,5 на 100 тис. населення і перевищив значення показника на початок 2009 року у 3 рази (показник поширеності ВІЛ-інфекції на початок 2009 року склав 12,4 на 100 тис. населення). Також спостерігаємо зміну картини поширеності ВІЛ-інфекції в розрізі адміністративно-територіальних одиниць області з початку 2009 року до початку 2017 року. Порівняння поширеності ВІЛ-інфекції в області станом на 01.01.2009 р. та 01.01.2017 р. представлено на рис. 6, 7.

Як бачимо з рис. 6, найбільш ураженими територіями області на початок 2009 р. були Ужгород та Хустський район. При цьому показники поширеності коливались в межах від 20 до 40 на 100 тис. населення. Нульовою була реєстрація випадків ВІЛ-інфекції в Перечинському та Великоберезнянському районах. Показники поширеності ВІЛ-інфекції у всіх інших районах області не перевищували 20 на 100 тис. населення.

Значні зміни в поширеності ВІЛ-інфекції в розрізі адміністративно-територіальних одиниць області відбулись станом на кінець 2016 р. (рис. 7). Випадки реєструються в усіх містах та районах області. За показником поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення найбільш ураженими районами області є Хустський (62,0 на 100 тис.), Свалявський (57,5 на 100 тис.), Тячівський (52,6 на 100 тис.), Мукачівський (42,8 на 100 тис.) райони та Ужгород (69,5 на 100 тис.).

Середній рівень поширеності (20-40 на 100 тис. населення) реєструється в Ужгородському, Берегівському, Воловецькому та Рахівському районах. Низькі рівні поширеності (менше 20 на 100 тис. населення) зафіксовано у Великоберезнянському, Перечинському, Виноградівському, Іршавському та Міжгірському районах.

Динаміка зростання кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували під медичним наглядом станом на кінець року, представлена на рис. 8.

Як бачимо з рис. 8, відмічається зростання чисельності диспансерної групи ВІЛ-інфікованих більше ніж у 6 разів – з 77 у 2009 р. до 484 у 2016 р.

Кумулятивний показник захворюваності за 2010-2016 рр. склав 43,7 на 100 тисяч населення, смертності серед ВІЛ-інфікованих диспансерної групи (з різних причин) – 11,0 на 100 тисяч населення. Отже, орієнтовний показник поширеності на кінець 2016 р. мав би складати 15,0+43,7-11,0+47,7 на 100 тисяч населення. Реальний же показник на кінець 2016 р. складає 37,4 на 100 тис. населення за рахунок осіб, знятих з обліку з інших причин (зникнення антитіл до ВІЛ, зміна місця проживання, тощо). Враховуючи те, що кумулятивний показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 4 рази більший за показник смертності, можна зробити висновок, що зростання показника поширеності відбувається саме завдяки цій різниці.

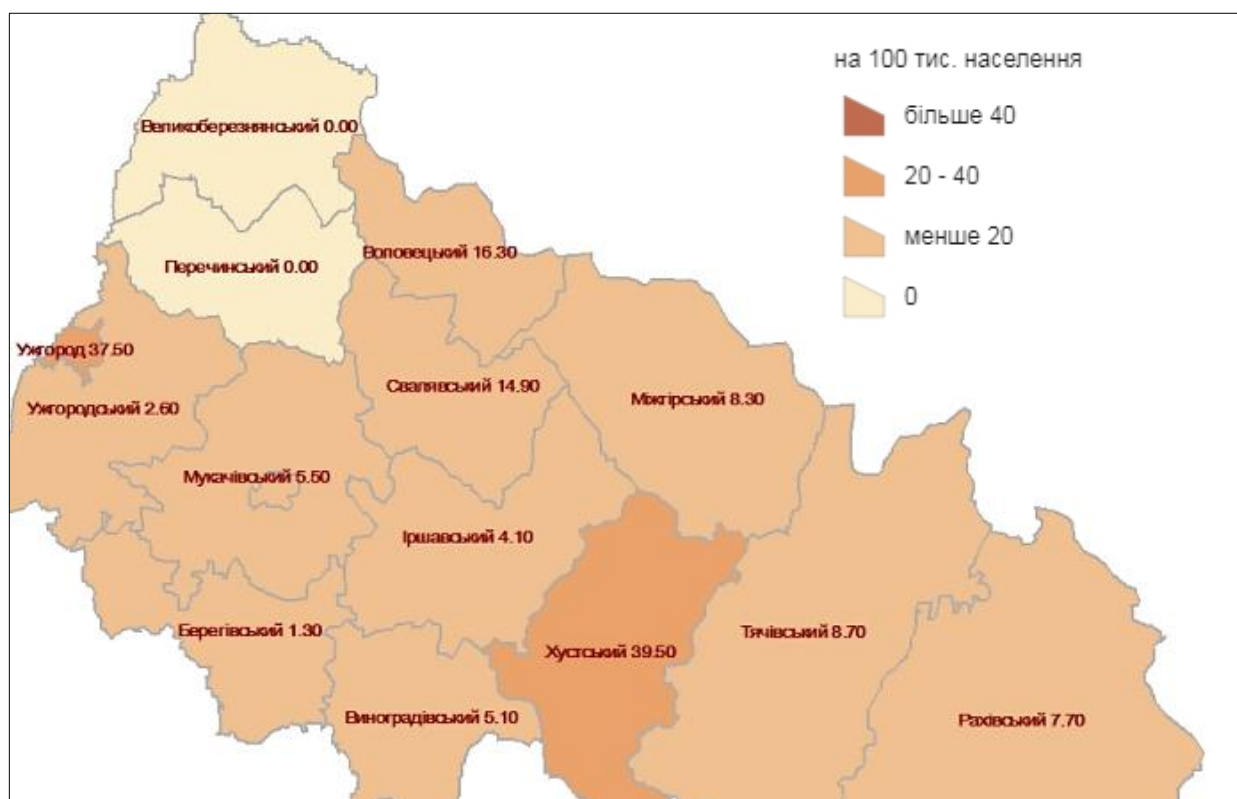


Рис. 6. Поширеність ВІЛ-інфекції в розрізі адміністративно-територіальних одиниць Закарпатської області станом на 01.01.2009 р., на 100 тис. населення

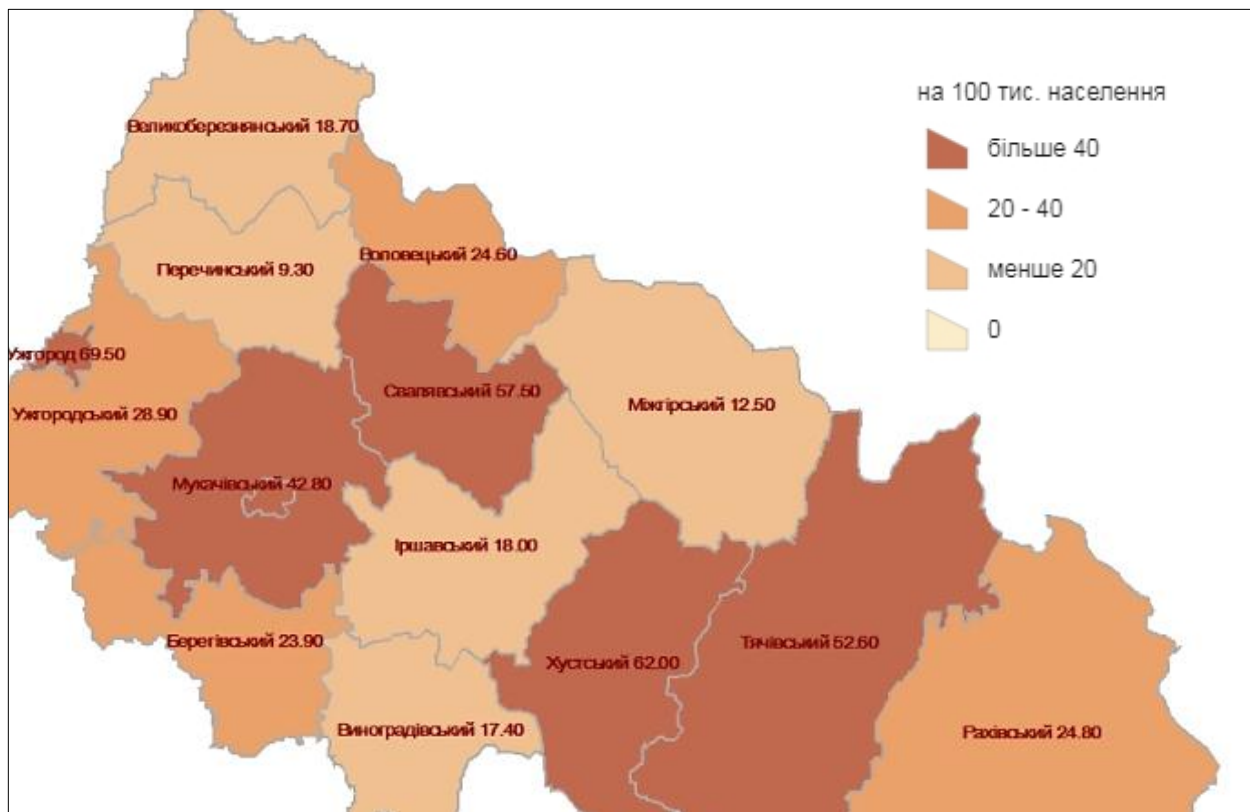


Рис. 7. Поширеність ВІЛ-інфекції в розрізі адміністративно-територіальних одиниць Закарпатської області станом на 01.01.2017 р., на 100 тис. населення

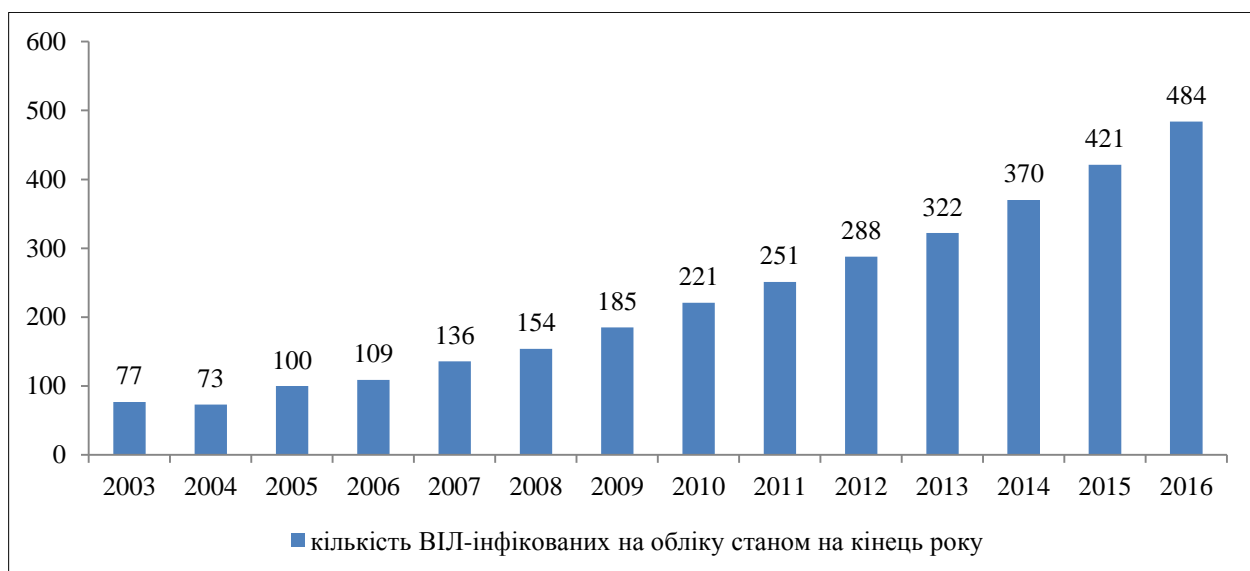


Рис. 8. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб на диспансерному обліку в Закарпатській області за період 2003-2016 рр.

Стан розвитку епідемії. Провідним шляхом інфікування залишається статевий (середній показник за 2009–2016 рр. складає $70,2 \pm 5,5\%$ вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції). Групою підвищеного ризику, яка найбільше впливає на епідемію в регіоні, є трудові мігранти (ТМ) та їхні постійні статеві партнери. В структурі нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих

група ТМ складає близько 60% (58,8% у 2013 р., 56,9% у 2014 р., 59,6% у 2015 р. та 60,2% у 2016 р.). За результатами регіонального дослідження оціночна чисельність групи трудових мігрантів в області складає 138 824 особи. За даними сероепідмоніторингу, які включають в себе результати тестування швидкими тестами групи ТМ, вперше підтверджено позитивні результати у 1,9% протестованих у 2014 р., 1,7% в 2015 р. та 2,8% у 2016р. (середнє значення даного показника становить $2,1 \pm 0,4\%$). Спостерігається високий рівень реєстрації нових випадків на III-IV клінічних стадіях (53,6% у 2016 р.).

Група ЛВІН не стала рушійною силою епідемії в області, проте певною мірою впливає на її розвиток. Дані інтегрованих біоповедінкових досліджень вказують на стабільно низький відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН (у 2011, 2013 та 2015 рр. менше 2%). У 2013–2016 рр. під час тестування у рамках здійснення профілактичної діяльності НУО не було виявлено жодного позитивного представника групи ЛВІН. Дані сероепідмоніторингу свідчать про поодинокі випадки виявлення ВІЛ серед протестованих за кодом 102. У структурі осіб, що перебувають під медичним наглядом на кінець 2016 р., ЛВІН складають 7,2% (35 осіб).

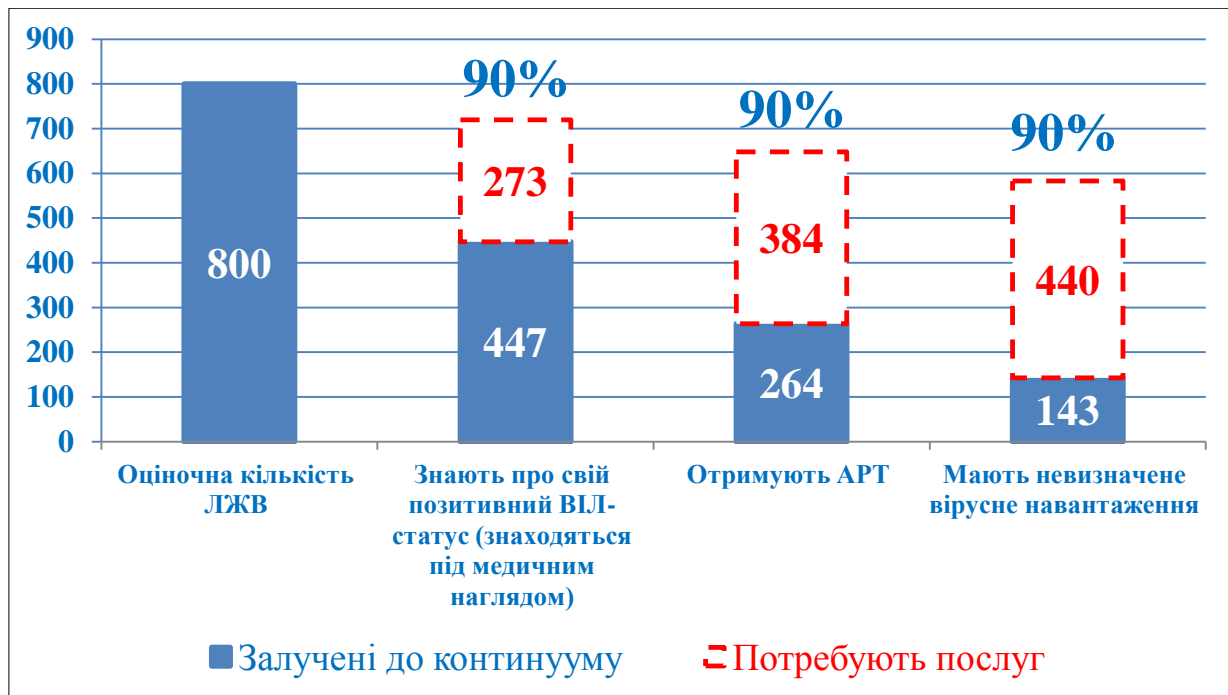
Наявні дані інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ОСБ свідчать про нульові показники виявлення ВІЛ-інфекції (окрім 2015 р.), за результатами тестування за допомогою швидких тестів на базі НУО (окрім 2013 р.) та за даними сероепідмоніторингу (окрім 2013 р.). Таким чином не підтверджено вплив даної групи на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в регіоні. Станом на кінець 2016 р. під медичним наглядом перебуває 1 ОСБ.

Дані інтегрованих біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013, 2015 рр. вказують на зниження відсотку ВІЛ-інфікованих серед ЧСЧ з 7% у 2013 р. до 1% у 2015 р. Спостерігається зростання реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ від 0 у 2009 р. до 6 у 2016 р. У структурі осіб, які перебувають під медичним наглядом з приводу ВІЛ-інфекції, станом на кінець 2016 р. ЧСЧ складають 1,9% (9 осіб).

Враховуючи тенденцію розвитку епідемії в області, дані сероепідмоніторингу та біоповедінкових досліджень, ключовими групами населення щодо інфікування ВІЛ, які впливають на розвиток епідемії в області, можна вважати трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів, чоловіків, які мають секс з чоловіками та людей, які вживають ін'єкційні наркотики.

Тенденції епідемії в Закарпатській області. Показники поширеності ВІЛ незмінно залишаються на рівні, який не перевищує 1% серед населення області. За даними біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013, 2015 рр. серед ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ та рутинного дослідження серед трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів, яке проводиться з 2011 року, а також даними сероепідмоніторингу поширеність ВІЛ-інфекції є не більшою за 5% у будь-якій групі населення. Провідним шляхом інфікування в області є статевий гетеросексуальний. Зростає питома вага вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на третій/четвертій клінічних стадіях: 2013 р. – 39,7%, 2014 р. – 49,2%, 2015 р. – 52,5%, 2016 р. – 53,6%. Враховуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що в області реєструється початкова стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

4.2. Каскад АРТ для ВІЛ-інфікованих осіб з підтвердженням ВІЛ-статусом станом на 01.01.2017 р.



Оціночна кількість людей, що живуть з ВІЛ, затверджена для Закарпатської області, становить 800 осіб. Всього, станом на 01.01.2017 р., в області офіційно зареєстровано 447 ВІЛ-інфікованих осіб, що складає 55,9% від оціночної кількості. Отже, охопленню диспансерним наглядом підлягають ще 273 ВІЛ-інфіковані особи. Отримують АРТ 264 особи – 36,4% від мети «90» та 59% від всіх осіб, що знаходяться під медичним наглядом. На вірусне навантаження обстежені 215 осіб з числа тих, що отримують АРТ, із них невизначене вірусне навантаження зареєстровано у 143 осіб, що складає 18% від мети «90» та 55% осіб, що фактично отримують АРТ.

Отже, з метою виконання цільових показників стратегії «90-90-90» необхідно охопити активним диспансерним наглядом ще 273 ВІЛ-інфіковані особи та призначити АРТ 384 особам. А для досягнення кінцевої мети «90» необхідно, щоб у 440 осіб не визначався рівень вірусного навантаження, що є найбільш проблемним завданням.

4.3. Аналіз заходів Програми у відповідності до 5-х напрямків ВООЗ

4.3.1. Вплив АРТ на розвиток епідемії в області

4.3.1.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Станом на початок 2017 р. АРТ в області отримують 264 ВІЛ-інфіковані особи, що складає 59% від кількості ЛЖВ з підтвердженим ВІЛ-статусом, які перебувають під медичним наглядом (у порівнянні з 86-ма особами у 2013 р. (26,7%)).

Відсоток смертельних випадків серед зареєстрованих ЛЖВ у звітному році знизився до 4,2% (з 6,7% у 2013 р.). Абсолютна кількість випадків смертей серед взятих на облік протягом року залишається на одному рівні: 6 осіб у 2013 р., 5 – у 2014 р., 4 – у 2015 р. та 5 – у 2016 р.. Відсоток смертей серед чоловіків є вищим, ніж серед жінок, хоча в динаміці відмічається його зниження з 7,3% у 2013 р. до 5,2% у 2016 р. Випадки смертей серед жінок поодинокі – 2 у 2013 р., по 1 у 2014 та 2016 рр. та 0 у 2015 р.

Окремо слід розглянути динаміку показників летальності серед осіб в залежності від прийому АРТ. Спостерігається зниження показника летальності від захворювань, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, які не отримували АРТ, з 41,9% у 2013 р. до 8,7% у 2016 р. Причиною такої зміни стало розширення доступу до АРТ у 2016 р. З цієї ж причини у 2016 р. до значення 3,4 зріс відсоток осіб, які отримували АРТ та померли від захворювань, пов'язаних з ВІЛ, проти показника 2013 р. 1,2%. Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед усіх померлих ЛЖВ у звітному році, зріс з 12,5% у 2013 р. до 39,1% у 2016 р. Всі пацієнти з ко-інфекцією ВІЛ-ТБ, які померли у 2016 р. (4 особи), отримували АРТ (показник 2013 р. склав 12,5%). В свою чергу, це пояснюється призначенням АРТ усім пацієнтам, хворим на ко-інфекцію ВІЛ-ТБ, та скороченням терміну початку АРТ до 2-8 тижнів від встановлення діагнозу ко-інфекції ВІЛ-ТБ. Внаслідок цього рівень охоплення АРТ таких осіб на кінець 2016 р. склав 83,3% (20 осіб із 24) (на кінець 2015 р. становив 88,0% (22 особи із 25) проти 50,0% у 2012 р. (5 осіб із 10) та 69,5% у 2013 р. (16 осіб із 23)).

Співвідношення смертей від ко-інфекції ВІЛ-ТБ до хворих з активною формою туберкульозу на кінець року знижується з 28,6% у 2013 р. до 10,8% у 2016 р. (у 2,6 рази). При цьому спостерігається зниження кількості випадків смертей від ко-інфекції ВІЛ-ТБ в абсолютних цифрах – з 8 у 2013 р. до 4 у 2016 р. на фоні росту кількості випадків ко-інфекції ВІЛ-ТБ з 28 у 2013 р. до 37 у 2016 р.

Поодинокі абсолютні дані щодо померлих від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, серед осіб, які отримували АРТ 12 місяців і більше, можуть свідчити про позитивний вплив АРТ на рівень смертності.

Впровадження АРТ імовірно вплинуло на зменшення відсотку випадків смерті ЛЖВ від захворювань, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, стосовно ЛЖВ, що знаходяться під медичним наглядом на кінець року. Показник знизився майже в 2 рази – з 4,3% у 2013 р. до 2,3% у 2016 р. Всі випадки були зареєстровані серед осіб віком 15 років і старших.

Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які не отримували АРТ і яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті за причинами безпосередньо пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, в структурі осіб з підтвердженим діагнозом знизився з 6,3% у 2013 р. до 1,1 % у 2016 р. (абсолютна кількість померлих – 13 у 2013 р., 2 у 2016 р.). Зниження показників смертності серед ЛЖВ, які не отримували АРТ, в структурі померлих є дотичним підтвердженням того, що АРТ в першу чергу призначають тим, хто має абсолютні клінічні показання: III-IV-у клінічні стадії, зокрема, ко-інфекцію ВІЛ-ТБ.

Заходи щодо розвитку АРТ в області є ефективними для тих ВІЛ-інфікованих, які були вчасно охоплені медичним спостереженням та мають високу прихильність до лікування. Проте, впливу АРТ на зміну показників в загальній групі медичного нагляду на даному етапі немає, що

пов'язано як з пізнім виявленням нових випадків ВІЛ-інфекції, так і з неможливістю досягти високого рівня прихильності до АРТ.

4.3.1.2. Чи охоплені потрібні люди?

У 2016 р. АРТ отримували 264 особи, що склало 59% від кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які знають про свій ВІЛ-статус (знаходяться під медичним наглядом), та 33% від оціночної кількості ЛЖВ.

Відсоток ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу, і потребували, але не отримували АРТ, на кінець звітного року, протягом 2013-2015 рр. незначний і складає 5,6% у 2013 р. та 1,6% у 2015 р. від активної диспансерної групи. Проте, враховуючи зміни у протоколах щодо показань до призначення АРТ (підлягають всі пацієнти з ВІЛ-інфекцією), у 2016 р. даний показник склав 29,6%.

Причинами втрати для спостереження ЛЖВ, які потребують АРТ, але не розпочинають її, є наступні: проживання у віддалених районах області, що утруднює доступ до обласного центру; небажання спостерігатись у кабінеті «Довіра» за місцем проживання через побоювання стигми та дискримінації з приводу позитивного ВІЛ-статусу; особливості ментальності, що негативно впливає на прихильність до лікування. Зареєстровано непоодинокі випадки, коли у пацієнта під час лікування в ЗОЗ Ужгорода виявляли ВІЛ-інфекцію, проте після повернення додому (в інший район) він не бажав відвідувати лікаря для медичного спостереження та лікування. Часто такі пацієнти виїжджають на заробітки за межі області та залишаються без нагляду та лікування.

За даними МБФ «Альянс громадського здоров'я» зростає охоплення АРТ представників групи ЛВІН – з 4 (14,3% ЛВІН, що знаходились під медичним наглядом) у 2014 р. до 8 (24,2%) у 2016 р. Серед ОСБ АРТ призначено одній особі (всього зареєстровано один випадок виявлення ВІЛ-позитивного статусу серед ОСБ). Серед ЧСЧ відсоток охоплення АРТ зріс з 0 у 2014 р. до 6 осіб у 2016 році.

Отже, відмічаємо ріст частки ЛЖВ, які знаходилися на медичним наглядом та отримували АРТ на кінець звітного року, як в загальній диспансерній групі – з 26,7% у 2013 р. до 59% у 2016 р., так і в активній групі диспансерного нагляду – з 40% у 2013 р. до 70% у 2016 р.

Стан охоплення АРТ та послугами супроводу групи ЛВІН в області задовільний. Так, у 2016 р. АРТ охоплено 72,7% пацієнтів з групи ЛЖВ (24 особи), з усіх інфікованих внаслідок вживання наркотиків ін'єкційним шляхом (33 особи). Активних ЛВІН, які отримували АРТ, на кінець 2015 р. було 4 особи (всі знаходились на ЗПТ), а на кінець 2016 р. – 6 осіб (3 особи на ЗПТ). Також наведені дані дають змогу стверджувати, що стан охоплення АРТ представників інших КГН (ОСБ та ЧСЧ) є задовільним.

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

Послуги АРТ, як призначення, так і видача, надаються лише в обласному Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом (рис. 9). На базі цього ж закладу з 2015 р. працює неурядова організація, яка надає послуги соціального супроводу, догляду і підтримки. У Закарпатській області сільське населення значно переважає міське. Трудові мігранти та їх найближче оточення, які є рушійною силою поширення ВІЛ в області, також, в основному, вихідці з сіл. В області спостерігається некласична форма поширення епідемії з концентрацією в сільській місцевості, тому питання покращення доступу до АРТ поза обласним центром та створення сайтів АРТ на базі районних кабінетів «Довіра» чи НУО потребує додаткового вивчення з точки зору економічної ефективно.



Рис. 9. Місцезнаходження сайту АРТ та кількість ВІЛ-інфікованих, що отримують АРТ, в розрізі адміністративно-територіальних одиниць Закарпатської області станом на кінець 2016 року

Багаторічний досвід медичних працівників області свідчить, що на частоту звернень за медичною допомогою за місцем проживання прямо впливає страх стигми та дискримінації з приводу можливого розголошення позитивного ВІЛ-статусу при зверненні в кабінет «Довіра», упередженість пацієнтів, що є наслідком так званого ефекту «малого міста». В такому випадку варіантом вирішення питання щодо географічного наближення послуг АРТ, догляду та підтримки може бути створення мобільних пунктів видачі, що буде економічно ефективним і допоможе уникнути небажаних випадків дискримінаційних проявів. Географічні особливості – наявність віддалених гірських районів, розташування обласного центру ексцентрично відносно всієї області – спричиняють труднощі для пацієнтів у доступі до послуг. Єдина в області НУО, яка надає послуги соціального супроводу ЛЖВ, догляду та підтримки, працює тільки в Ужгороді та не має ресурсів для супроводу пацієнтів за місцем проживання.

Отже, незважаючи на ріст показників, рівень охоплення АРТ є недостатнім. Ймовірними перешкодами є географічні особливості, відсутня або низька прихильність пацієнтів до лікування, брак мережі сервісних НУО в області. А на сьогоднішній день додалася ще й відсутність можливості забезпечити цільовий показник «90» забезпечення пацієнтів, які перебувають на медичному обліку, препаратами АРТ внаслідок недостатнього фінансування з державного бюджету.

4.3.1.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВІЛ, є високим – у 2016 р. він склав 79%, в середньому за 2013 – 2016 рр. складав 80,5%. 100% рівень охоплення обстеженням на ВІЛ не було забезпечено з двох причин: перебоїв у роботі обладнання та затримки

поставок необхідних тест-систем. Питанням до вирішення є забезпечення безперебійності роботи обладнання та оптимізація термінів поставок тест-систем.

Відсоток ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають невизначене ВН у 2016 р. значно знизився у порівнянні з 2013 р. і склав 55% проти 85% відповідно. Зниження ефективності лікування у 2016 р. у порівнянні з 2013 р. пов'язане з загальним збільшенням охоплення АРТ у 2016 році, і, відповідно, відносним збільшенням кількості осіб з недостатньою прихильністю (переважно пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ та алкогольною залежністю).

Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку, протягом 2013 – 2015 рр. залишається стабільно високим і складає 91,5%, 82,3% та 87,3% відповідно. 24 місяці поспіль отримують АРТ 80,9% когорти 2013 р. та 75,8% когорти 2014 р. 74,5% пацієнтів когорти 2013 р. отримують АРТ 36 місяців і більше від її початку. Втім, за наявними в звітних формах даними, неможливо оцінити різницю рівнів утримання пацієнтів на АРТ серед представників КГН.

Зрозумілим є зниження відсотку в загальній когорті осіб, що отримують АРТ, з 50% у 2013 р. до 27,8% у 2015 р., що пов'язано зі зростанням кількості осіб на АРТ у 2,3 рази – з 86 осіб у 2013 р. до 198 осіб у 2015 р.. Кількість осіб з підтвердженим ВІЛ-статусом, які перебували на обліку більше року, станом на кінець 2015 р. у 1,5 рази більша за кількість на кінець 2013 р. При цьому послугами АРТ більше 12 місяців у 2015 році було охоплено лише 16,8% осіб.

Показник невизначеного рівня ВН у 2016 році (55%) свідчить про проблему низької прихильності до АРТ на фоні розширення доступу, яка, в свою чергу, виникла переважно внаслідок відсутності можливості забезпечення соціального супроводу в повному об'ємі. Представники НУО працюють з пацієнтами лише під час відвідування останніми Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом.

4.3.1.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Фінансування АРТ здійснюється за кошти державного бюджету. Фіксуються випадки порушення термінів поставки препаратів, через що не дотримуються плани набору пацієнтів на АРТ. Так, у 2013 р. було фактично профінансовано 81,3% від запланованої потреби в АРВ-препаратах, у 2014 р. – 56,5%, у 2015 р. – 44,9% та 75% у 2016 р. Слід зазначити, що незважаючи на вищенаведене, випадків переривання лікування протягом цих років через затримку поставки препаратів та недофінансування не спостерігалось. Вирішення питання забезпечення безперервності лікування здійснювалось шляхом збільшення кратності видачі препаратів пацієнтам на коротші терміни та тимчасової позики препаратів, закуплених з інших джерел фінансування (ГФ та PEPFAR), що, в свою чергу, створювало певні незручності як для пацієнтів, так і для медичного персоналу.

На кінець 2016 р. дві третини пацієнтів (близько 350 осіб) спостерігаються на єдиному сайті АРТ в області – на базі Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, де працюють два лікарі-інфекціоністи на 1,0 та 0,5 ставки. З іншого боку, в області наявні потужні кадрові ресурси для надання якісної медичної допомоги, зокрема, районна мережа кабінетів «Довіра». При задіянні всіх наявних фахівців, за чисто математичними розрахунками, на одного лікаря-інфекціоніста у 2016 р. в середньому припадало б 32 ВІЛ-позитивні пацієнти.

Отже, всі пацієнти з достатньою прихильністю до лікування, які перебували на обліку в Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом, отримали АРВ-терапію. Але забезпечити адекватне спостереження та впливати на прихильність до терапії поза межами Центру СНІДу неможливо через відсутність соціального супроводу та наближених до пацієнта пунктів видачі АРВ-препаратів.

4.3.2. Консультування і тестування на ВІЛ

4.3.2.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

КіТ на ВІЛ – один із найважливіших напрямків діяльності, який повинен забезпечувати вплив на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції через профілактичний компонент та своєчасне виявлення і залучення до медичного спостереження з подальшим призначенням АРТ.

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 зріс з 41,5% у 2013 р. до 54,2% у 2016 р. За даними аналізу сероепідмоніторингу у 2016 році 42,9% випадків виявлення антитіл до ВІЛ серед дорослих осіб 18 років і старших відбулось у закладах третинного рівня надання медичної допомоги (51 випадок із 119). Отже, високий рівень реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції на III та IV клінічних стадіях відбувається як внаслідок підвищення настороженості медичного персоналу щодо призначення тестування на ВІЛ за клінічними показаннями, так і внаслідок можливих недопрацювань у виявленні ВІЛ на первинному і вторинному рівнях надання медичної допомоги.

Можна вважати, що заходи, які здійснюються щодо КіТ на ВІЛ в Закарпатській області, на даному етапі не повністю забезпечують своєчасне (раннє) виявлення ВІЛ-інфекції. Це підтверджує зростання виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції на пізніх, III-IV-ій клінічних стадіях ВІЛ-інфекції.

4.3.2.2. Чи охоплені потрібні люди?

Доступ до КіТ на ВІЛ на базі НУО для ЛВІН, ОСБ та ЧСЧ до 2016 р. забезпечувався однією організацією, яка працює в Ужгороді. При цьому напрямок роботи з ЧСЧ впроваджувався лише протягом одного року. Така ситуація є незадовільною, що підтверджується даними інтегрованих біоповедінкових досліджень: відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ у 2013 р. склав 25,5%, у 2015 р. – 28,0%; відсоток ОСБ, охоплених тестуванням на ВІЛ у 2013 р. склав 21,0%, у 2015 р. – 26,0%; відсоток ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ у 2013 р. склав 2,5%. Відсоток осіб з числа представників групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, (регіональний показник моніторингу і оцінки) зріс з 1,3 у 2013 р. до 1,8 у 2016 р.

Охоплення послугами з КіТ на ВІЛ зростає, проте залишається недостатнім.

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

Доступ до отримання послуг з КіТ на ВІЛ для представників КГН з боку лікувально-профілактичних закладів в області забезпечено достатньо. В усіх районах області працюють кабінети «Довіра» (рис. 10), надаються послуги КіТ, здійснюється тестування як за допомогою швидких тестів, так і відбір крові та доставка для тестування методом ІФА. У пілотних шести районах сімейними лікарями здійснюється тестування швидкими тестами представників групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів. Протягом 2009 – 2016 рр. реєструються поодинокі випадки виявлення антитіл до ВІЛ серед ЛВІН – 0 випадків у 2010 та 2013 рр., по одному випадку у 2009, 2012, 2014 рр., 4 випадки у 2011 р., 5 випадків у 2015 році та 3 випадки у 2016 році.

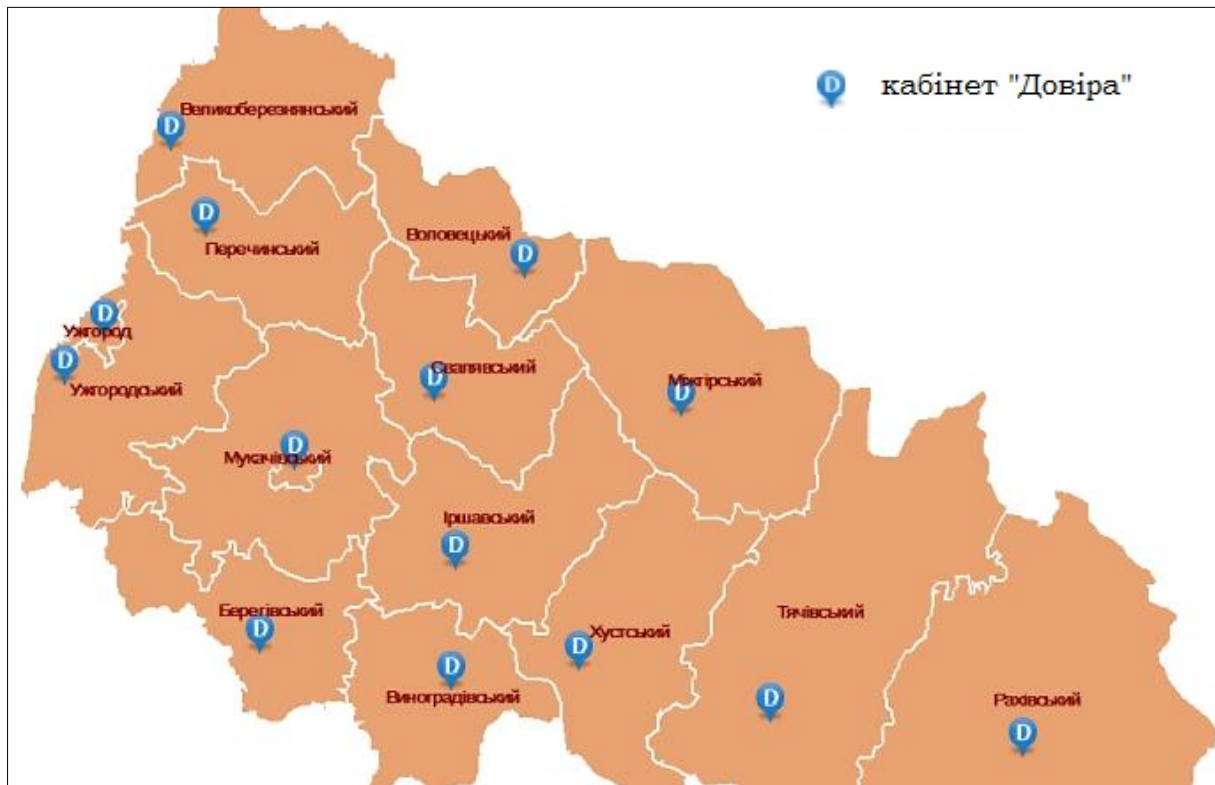


Рис. 10. Місцезнаходження кабінетів «Довіра» в Закарпатській області станом на кінець 2016 року

Залучення до тестування ЛВІН у 2009–2016 рр. здійснювалось силами медичних працівників ЗОЗ області (обстеження методом ІФА) та єдиної НУО, яка працює тільки в Ужгороді (експрес-тестування швидкими тестами). Отже, основна кількість ЛВІН, які отримують послуги з КіТ на ВІЛ, є мешканцями Ужгорода. Некоректно стверджувати, що тестування ЛВІН в ЗОЗ інших районів області відбувається виключно за кодом сероепідмоніторингу 102 (особи, що вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом). Проте звіти з ЗОЗ області, окрім Ужгорода, за формою №3 щодо послуг консультування на ВІЛ, свідчать про поодинокі випадки консультування осіб з ризиком інфікування внаслідок парентерального вживання наркотиків. Реєстрація тестувань на ВІЛ ОСБ, окрім тих, що проводяться НУО в Ужгороді, за кодом сероепідмоніторингу 105.2 (особи, що надають сексуальні послуги за винагороду) також відбувається в поодиноких випадках. Послуги з консультування при тестуванні на ВІЛ саме серед цієї КГН за наявними звітними формами відстежити неможливо. Надання послуг з консультування та тестування на ВІЛ для ЧСЧ згідно доступних даних обліково-звітної документації здійснюється епізодично. Враховуючи особливості даної групи, оцінити реальну картину надання послуг з КіТ для ЧСЧ на даний час не є можливим.

Послуги КіТ на ВІЛ впроваджені на всіх рівнях надання медичної допомоги, проте дані проведеного раніше кабінетного дослідження свідчать про те, що лікувально-профілактичні заклади первинного рівня беруть найменшу участь в тестуванні населення на ВІЛ-інфекцію¹.

Отже, слід вважати, що заходи КіТ на ВІЛ здійснюються в області в недостатньому обсязі. Охоплення послугами КіТ ЛВІН та ОСБ на рівні області, крім Ужгорода, є недостатнім. Охоплення послугами групи ЧСЧ оцінити неможливо. Найвищим є охоплення послугами КіТ

¹ В.В. Брич, В.Й. Білак-Лук'янчук, Н.А. Гудюк. Результати «кабінетного» дослідження з оцінки ефективності роботи мережі лікувально-профілактичних закладів Закарпатської області.// Профілактична медицина. - 2015. - №3-4(25). - Додаток.

представників групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів – 1,8% від оціночної кількості у 2016 році, проте воно також залишається недостатнім.

4.3.2.4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

Відмічається зростання рівня охоплення диспансерним наглядом ВІЛ-позитивних осіб, виявлених протягом року з 28,9% у 2013 р. до 55,1% у 2016 р. Також зросло співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд, з 51,7% у 2009 р. до 77,6% у 2016 р. Якість послуг тестування і консультування на ВІЛ покращилась.

4.3.2.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Скринінг ВІЛ-інфекції в області здійснюється як за допомогою швидких тестів, так і методом ІФА. Для скринінгової діагностики ВІЛ методом ІФА застосовуються тест-системи, закуплені за кошти державного бюджету (для вагітних та донорів) та за кошти місцевого бюджету (використовувались тести Анти-ВІЛ-1+2-БЕСТ, Уні-ВІЛ-1,2 АТ-БЕСТ – виробник Бест Діагностик Україна). Швидкі тести, які застосовуються для скринінгу ВІЛ з метою профілактики вертикальної трансмісії (Standart Diagnostic, Korea), закуплено за кошти державного бюджету. Швидкі тести (Профі-тест, Determine-тест), які використовуються для скринінгу серед трудових мігрантів та їхніх постійних партнерів, надані МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона». Скринінг ВІЛ серед представників ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ (ЛВІН, ОСБ) в НУО здійснювався за допомогою швидких тестів, наданих МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (з 01.12.2015 р. – МБФ «Альянс громадського здоров'я»). Підтверджуючі дослідження методом ІФА здійснюються в лабораторії Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом за допомогою тест-систем, які отримуються згідно з розподілом МОЗ України та закуплені за рахунок коштів державного бюджету (Рекомбінант-ВІЛ 1,2-МБА; Набір ІФА для виявлення антитіл класу Ig G до ВІЛ 1 та 2 типів, стріпової комплектації (для верифікації друга); ВІЛ-1,2-АГ/АТ-Ультра-МБА).

Область достатньо забезпечувалась тест-системами для проведення тестування на ВІЛ, суттєвих затримок у тестуванні не відмічалось. Всі групи населення були забезпечені безперешкодним доступом до тестування на ВІЛ. Перебоїв у постачанні тестових систем для здійснення підтверджувальних досліджень, які б вплинули на частоту тестувань, не було.

4.3.3. Профілактика ВІЛ серед ЛВІН

4.3.3.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

На відміну від даних з інших регіонів України, на території області ЛВІН не стали рушійною силою розвитку епідемії ВІЛ-інфекції.

Дані сероепідмоніторингу щодо підтвердження наявності антитіл до ВІЛ серед протестованих за кодом 102 впродовж останніх трьох років залишаються на рівні 0,4% (в абсолютних цифрах це 1 особа в 2014 році та по 2 у 2015 та 2016 роках). Найвищий відсоток позитивних результатів був зареєстрований у 2009 році (5%), при цьому кількість протестованих осіб була в 5 разів меншою ніж у 2016 році та зараховувалась виключно як робота ЗОЗ області. Слід зазначити, що дані сероепідмоніторингу 2013 – 2016 рр. включають в себе і тестування за допомогою швидких тестів силами НУО. Позитивних результатів виявлено не було. Дані біоповедінкових досліджень вказують на стабільно низький відсоток ВІЛ-інфікованих серед ЛВІН: 1,5% у 2011 році, 1,8% у 2013 році та 1,4% у 2015 році.

Позитивним ефектом заходів з профілактики ВІЛ серед ЛВІН є стабільно низький рівень реєстрації нових випадків серед представників даної ключової групи населення, що підтверджує ефективність та необхідність продовження і розширення реалізації профілактичних програм.

4.3.3.2. Чи охоплені потрібні люди?

Дані біоповедінкових досліджень підтверджують позитивний вплив профілактичних програм, які впроваджуються на території Ужгорода щодо профілактики інфікування ВІЛ парентеральним шляхом внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків, зокрема, високий відсоток вживання стерильної голки під час останньої ін'єкції (92% за 2015 р.). Проте, особливої уваги потребує робота профілактичного напрямку серед ЛВІН щодо попередження інфікування ВІЛ статевим шляхом: про використання презервативу під час останнього статевого акту в 2015 р. засвідчили лише 41% респондентів; про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ знають лише 36% опитаних ЛВІН.

Завдяки профілактичним програмам, які реалізуються в Ужгороді, правильній організації роботи та залученню соціальних працівників, що є посередниками у доступі до даної КГН, наявності актуальної інформації та необхідних матеріалів, максимальному наближенню послуг до ЛВІН, профілактичні програми ефективно працюють, що підтверджується зміною поведінкових практик в бік більш безпечних.

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

У 2016 році профілактичними послугами охоплено 85% від оціночної чисельності групи ЛВІН в області, що відповідає високому рівню ефективності роботи. Твердити про достатній обсяг заходів по всій території області не є коректним через територіальну обмеженість надання профілактичних послуг (рис. 11).



Рис. 11. Місцезнаходження НУО, що надають послуги ЛВІН, та кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН під медичним наглядом в розрізі адміністративно-територіальних одиниць Закарпатської області станом на кінець 2016 року

Як бачимо на рис.11 розташування НУО, що працює в напрямку протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є ексцентричним стосовно всієї території області, що унеможливило забезпечення профілактичними послугами представників ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ

з інших районів області. Отже, охоплення ЛВІН профілактичними програмами в Ужгороді є задовільним, на іншій території області – відсутнє.

4.3.3.4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

На робочій зустрічі встановлено, що, виходячи з факту низького залучення групи ЛВІН до епідемічного процесу, та у зв'язку з високими показниками безпечної ін'єкційної поведінки серед ЛВІН, профілактичні заходи виконуються правильно, з урахуванням вимог, в т. ч. МБФ «Альянс громадського здоров'я». Робота проводиться кваліфікованими спеціалістами, в т.ч. медичними працівниками. Важливим компонентом профілактичних заходів, який мотивував до залучення до участі в профілактичній програмі ЛВІН, було тестування на вірусні гепатити. Потреби ключової групи не задовольняються повною мірою через факти поставки виробів медичного призначення низької якості (шприци з пропуском поршня, незручні для забору крові піпетки в швидких тестах на ВІЛ, фіксувались випадки наявності сухих спиртових серветок).

4.3.3.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Профілактичні заходи серед ЛВІН проводяться правильно, незважаючи на те, що охоплення цільової групи досить обмежене (лише в Ужгороді). У 2016 році профілактичними послугами охоплено 85% від оціночної кількості групи ЛВІН в області, що є достатнім для стримування епідемії. Втім, дані щодо оціночної чисельності ЛВІН в області залишаються дискусійними. Як бачимо з рис. 11, на кінець 2016 р. ВІЛ-інфіковані ЛВІН реєструються в Ужгороді (найбільша кількість, 15 осіб), а також в Мукачівському, Хустському, Тячівському, Міжгірському, Берегівському, Виноградівському, Воловецькому, Ужгородському, Свалявському районах області. Беручи до уваги відсутність діяльності за напрямком впливу на ЛВІН з метою профілактики інфікування ВІЛ та своєчасного встановлення діагнозу, неможливо стверджувати, що поодинокі випадки реєстрації ВІЛ серед ЛВІН в деяких районах області дійсно свідчать про низький рівень поширеності ВІЛ в даній групі. Профілактичні заходи потребують розширення за межі обласного центру та впровадження принаймні ще в трьох районних центрах області – в Мукачеві, Хусті та Сваляві, що призведе до збільшення охоплення групи ЛВІН за територіальним принципом, наближення профілактичних послуг до представників ключової групи та, як наслідок, збільшення фінансування профілактичних заходів.

4.3.4. Профілактика ВІЛ серед ОСБ

Незважаючи на постійну перевагу статевого гетеросексуального шляху інфікування ВІЛ, наявні дані інтегрованих біоповедінкових досліджень та скринінгових досліджень на базі НУО в Ужгороді не дають змоги стверджувати, що ОСБ є ключовою групою населення щодо ризику інфікування ВІЛ в області.

4.3.4.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Дані сероепідеміологічного моніторингу щодо підтвердження наявності антитіл до ВІЛ серед протестованих за кодом 105.2, які включають в себе і тестування за допомогою швидких тестів силами НУО, впродовж останніх трьох років залишаються на рівні 0%. Лише у 2013 році через тестування на базі НУО було виявлено 1 ВІЛ-інфіковану особу з цієї групи. Дані біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013 рр. вказують на нульовий відсоток ВІЛ-інфікованих серед ОСБ. У 2015 році відсоток позитивних ОСБ склав 2% (3 особи). Можливо, низький рівень інфікування серед ОСБ є наслідком високого показника використання презервативів. Так, за даними біоповедінкових досліджень, відсоток ОСБ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з клієнтом склав 92% у 2011 р., 86% у 2013, 89% у 2015 р.

Позитивним ефектом заходів з профілактики ВІЛ серед ОСБ є стабільно низький рівень реєстрації нових випадків в даній ключовій групі населення, що підтверджує ефективність та необхідність продовження і розширення реалізації профілактичних програм.

4.3.4.2. Чи охоплені потрібні люди?

Результати біоповедінкових досліджень 2013 та 2015 рр. свідчать про невисокий рівень охоплення ОСБ тестуванням на ВІЛ (21% та 26% відповідно). Дослідження 2009, 2011 та 2013 рр. вказують на низький рівень знань щодо попередження інфікування ВІЛ статевим шляхом (правильно відповіли на запитання близько 20% ОСБ). Вищенаведене дає підстави зробити висновок про невисоке та територіально обмежене охоплення ОСБ профілактичними послугами та необхідність розширення надання таких послуг для ОСБ силами НУО.

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

Стан охоплення ОСБ профілактичними програмами відповідає епідеміологічній ситуації серед цієї групи в регіоні, проте в даній КГН послуги надаються лише на території Ужгорода. Відмічається ріст показника охоплення з 14% від оціночної кількості ОСБ області у 2013 році до 32% у 2016 році.

4.3.4.4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

На робочій зустрічі встановлено, що заходи виконуються правильно, з урахуванням вимог, в т.ч. МБФ «Альянс громадського здоров'я». Робота проводиться кваліфікованими спеціалістами, зокрема, медичними працівниками. Проте, всі потреби ключової групи не задовольняються повною мірою через скорочення донором рекомендованого пакету мінімальних профілактичних послуг. Також зафіксовано скарги з боку представників групи ОСБ на погану якість презервативів.

4.3.4.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Фінансування профілактичних заходів з попередження інфікування ВІЛ серед ОСБ обласною Програмою не здійснюється. Заходи, профінансовані МБФ «Альянс громадського здоров'я», були релевантними для представників ОСБ, які отримали послуги в Ужгороді.

4.3.5. Профілактика ВІЛ серед ЧСЧ

В області щороку зростає кількість вперше виявлених ВІЛ-інфікованих внаслідок інфікування статевим гомосексуальним шляхом, але ці випадки є поодинокими – від 0 у 2009 р. до 6 у 2016 р.

4.3.5.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Дані сероепідмоніторингу щодо підтвердження наявності антитіл до ВІЛ серед протестованих за кодом 103 впродовж років залишаються неінформативними, зафіксовані поодинокі обстеження та окремі факти виявлення ВІЛ-інфекції. Дані сероепідмоніторингу 2014 року включали в себе і тестування за допомогою швидких тестів силами НУО. Відсоток позитивних результатів в цей рік склав 0,6% – 1 особа із 176 протестованих. Дані інтегрованих біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013, 2015 рр. вказують на зниження відсотку ВІЛ-інфікованих серед ЧСЧ з 7% у 2013 році до 1% у 2015 році. Відмічається зниження частки опитаних ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту (81% у 2009 р., 77% у 2011 та 2013 р. та 71% у 2015 р.) В області затверджена висока цифра оціночної чисельності групи ЧСЧ (1500 осіб) в порівнянні з ОСБ (500 осіб) та ЛВІН (1200 осіб). Наразі в області нема НУО, які впроваджують профілактичні програми серед ЧСЧ. Діє волонтерський рух, в ході якого розповсюджуються інформаційні матеріали профілактичного напрямку та презервативи.

Отже, для групи ЧСЧ в області характерні наступні тенденції:

- Зниження відсотку ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту (за даними біоповедінкових досліджень).
- Зниження відсотку позитивних результатів серед ЧСЧ за даними біоповедінкових досліджень може свідчити про вплив загальної профілактичної інформаційної кампанії.
- Зростання кількості нових випадків ВІЛ серед осіб з гомосексуальним шляхом інфікування реєструється в поодиноких випадках і не дає змоги робити висновки щодо формування тенденцій розвитку епідемії ВІЛ в даній групі.

4.3.5.2. Чи охоплені потрібні люди?

Результати біоповедінкових досліджень 2013 та 2015 рр. свідчать про невисокий рівень охоплення групи ЧСЧ тестуванням на ВІЛ (25% та 20% відповідно). Дослідження 2009 та 2011 рр. вказують на високий рівень знань щодо попередження інфікування ВІЛ статевим шляхом – правильно відповіли на запитання 83% та 85% опитаних ЧСЧ відповідно. Деяко нижчим є значення даного показника у 2013 та 2015 рр. – правильні відповіді на запитання дали 52% та 65% респондентів відповідно. Вищенаведене дає підстави зробити висновок про необхідність посилення профілактичних послуг для ЧСЧ силами НУО.

Охоплення тестуванням на ВІЛ представників ЧСЧ є недостатнім, доступ до профілактичних програм відсутній.

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

Стан охоплення ЧСЧ профілактичними послугами незадовільний, фактично послуги реалізовувались лише у 2014 р.

4.3.5.4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

Цілеспрямовані заходи в напрямку профілактики ВІЛ серед ЧСЧ в області не виконуються, діє лише волонтерський рух. Заходи 2014 року, реалізовані за підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я», виконувались правильно, з урахуванням всіх вимог.

4.3.5.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Фінансування профілактики ВІЛ серед ЧСЧ обласною Програмою не здійснюється. Заходи, профінансовані МБФ «Альянс громадського здоров'я», здійснювались лише у 2014 році. На етапі якісного компоненту дослідження під час робочої зустрічі за участі ініціативної групи по роботі з ЧСЧ було зазначено про важливість впровадження профілактичної роботи в даній групі силами НУО, працівниками якої мають бути особи з середовища групи ЧСЧ. Це пояснюється закритістю даної групи та необхідністю забезпечення доступу до цільового споживача послуг.

4.3.6. Профілактика серед трудових мігрантів

4.3.6.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Відмічаємо невисокий ріст показника «Відсоток осіб з числа представників групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати» у 2015-2016 роках (1,9% та 1,8% відповідно) стосовно оціночної кількості трудових мігрантів. В абсолютних цифрах ріст даного показника відбувся з 1796 осіб у 2013 році до 2460 у 2016 році (в 1,7 рази). Повну інформацію щодо показника поширеності ВІЛ-інфекції в середовищі трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення можна відстежити починаючи з 2014 року. Середнє значення показника становить $2,1 \pm 0,4\%$. У структурі нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих трудові мігранти

складають близько 60% (58,8% у 2013 році, 56,9% у 2014 році, 59,6% у 2015 році та 60,2% у 2016 році) (рис. 12).

Суттєвих змін показників тестування на ВІЛ, поширеності та захворюваності на ВІЛ серед трудових мігрантів протягом останніх років не відмічається.

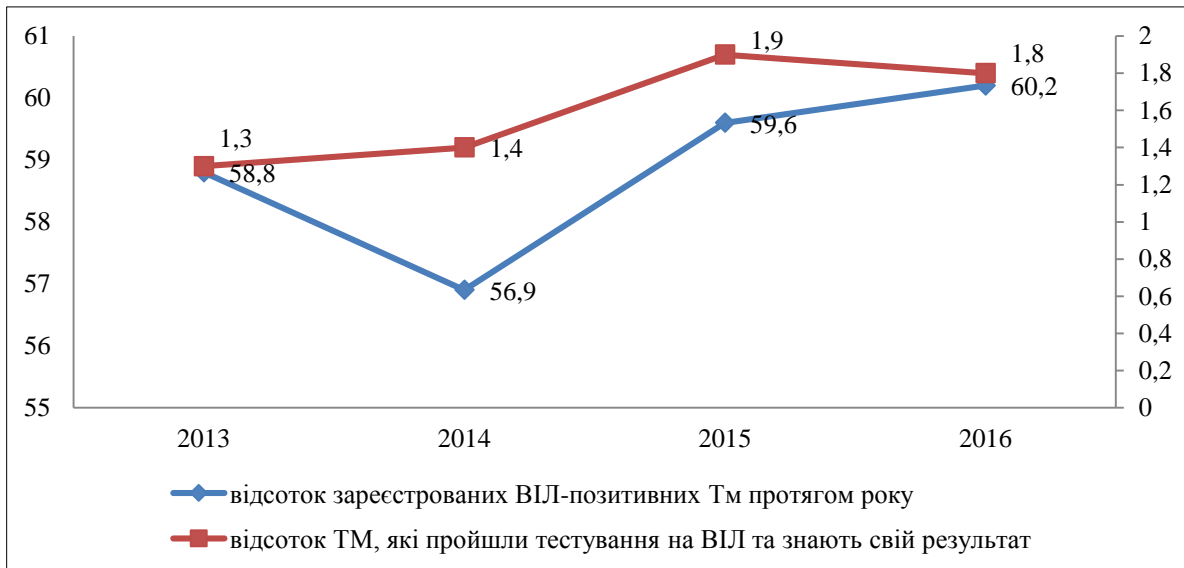


Рис. 12. Трудові мігранти: порівняння динаміки тестування на ВІЛ та динаміки охоплення медичним наглядом у структурі нових випадків у Закарпатській області в 2013 – 2016 рр.

4.3.6.2. Чи охоплені потрібні люди?

З метою забезпечення моніторингу тестування на ВІЛ в групі трудових мігрантів та їх постійних статевих партнерів в області впроваджено регіональні коди 107-М (трудові мігранти) та 107-МС (постійні статеві партнери трудових мігрантів). Залучення до тестування здійснюється здебільшого працівниками кабінетів «Довіра», в деяких районах у співпраці з Українською Православною церквою. Також, для обстеження трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів використовують швидкі тести, надані МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона» в рамках пілотного проекту, який виконується в 6 районах області, здебільшого сімейними лікарями. За результатами аналізу даних сероепідмоніторингу 2016 року 31,4% дорослих осіб з виявленими антитілами до ВІЛ належали до ключової групи населення щодо інфікування ВІЛ – трудові мігранти та їхні постійні статеві партнери.

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

Відсоток осіб з числа представників групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, зріс з 1,3% у 2013 р. до 1,8% у 2016 р. (від оціночної кількості), в абсолютних даних – 1796 та 2460 осіб відповідно. Заходи із залучення до послуг з КіТ на ВІЛ реалізуються в достатньому обсязі.

4.3.6.4. Чи правильно здійснюються ці заходи?

Надання профілактичних послуг представникам групи трудових мігрантів та їхнім постійним статевим партнерам здійснюється медичними працівниками в ЗОЗ. НУО в області з цією групою не працюють.

4.3.6.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Доступ до тестування на ВІЛ трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів повністю забезпечений за кошти місцевого бюджету, а також в шести регіонах області за кошти МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона» в рамках пілотного проекту.

4.4. Питання для подальшого вивчення

4.4.1. Яким є вплив ЛВІН, ОСБ, які проживають за межами Ужгорода та не мають доступу до профілактичних програм, на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в області?

4.4.2. Яким є вплив ЧСЧ на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в області?

5. Висновки

Заходи, спрямовані на боротьбу з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області, здійснювались в рамках виконання щорічних Обласних комплексних планів заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, затверджених головою Закарпатської ОДА. Головною проблемою є відсутність фінансування обласної Програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. До 2015 року включно фінансування здійснювалось у натуральній формі шляхом централізованого постачання через департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, в рамках Обласної програми протиепідемічних заходів та боротьби з інфекційними хворобами в області. У 2016 р. – шляхом виділення додаткових коштів до бюджету Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом за рішенням сесії обласної ради. Лівова частка витрат місцевих бюджетів (близько 83%) спрямовувалася на компонент «організаційні заходи» – утримання регіональної служби протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. За кошти місцевого бюджету також фінансувалися профілактичні заходи (близько 15,2% видатків), а саме: здійснювалася закупівля тест-систем ІФА та швидких тестів для обстеження на ВІЛ загального населення й забезпечення інфекційної безпеки донорської крові, закупівля молочних сумішей для вигодовування дітей першого року життя, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, інформаційно-просвітницька робота серед молоді та загального населення. Щодо лікувальних заходів, то за кошти обласного бюджету здійснювалося фінансування амбулаторної діагностики опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань (закупівля діагностикумів), а також амбулаторне лікування супутніх захворювань. За результатами оцінки витрат за 2011 – 2015 рр. на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області місцеві бюджети забезпечили 72,1% витрат, державний бюджет – 16,5% витрат та міжнародні джерела – 11,4% витрат.

Під час здійснення «Оцінки ефективності реалізованих протягом 2009 – 2016 рр. заходів регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» в Закарпатській області проведено об'ємне «кабінетне дослідження», робочі зустрічі з представниками структур і організацій, залучених до реалізації заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції СНІДу.

Важливу роль у забезпеченні якості «кабінетного» дослідження зіграла наявність національного переліку індикаторів моніторингу і оцінки (всього 28 індикаторів), затвердженого наказом Державної служби соціального захисту України від 15.01.2015 р. № 2 «Про затвердження плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки».

Основними висновками щодо ефективності відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні в рамках виконання заходів можна визначити такі:

1. У Закарпатській області спостерігається початкова стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу – показники поширеності ВІЛ серед населення області залишаються на рівні, який не перевищує 1%; поширеність ВІЛ-інфекції в будь-якій групі населення становить не більше 5% (за даними біоповедінкових досліджень 2009, 2011, 2013, 2015 рр серед ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ та рутинного дослідження серед трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів з 2011 року, згідно даних сероепідмоніторингу).

2. Медичним наглядом в області охоплені 56% від оціночної кількості ВІЛ-позитивних осіб, що є недостатнім і потребує залучення до ВІЛ-послуг додатково ще 273 осіб з позитивним ВІЛ-статусом.

3. Заходи щодо впровадження АРТ в області є ефективними для тих ВІЛ-інфікованих, які були вчасно охоплені медичним спостереженням та мають високу прихильність до лікування. Проте, суттєвого впливу АРТ на зміну показників в загальній групі медичного нагляду на даному етапі немає, що пов'язано як з пізнім виявленням нових випадків ВІЛ-інфекції, так і з неможливістю досягти 100% високої прихильності до терапії.

4. Високі рівні реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції на пізніх (третьої-четвертій) клінічних стадіях (ріст від 41,5% у 2013 р. до 54,2% у 2016 р.) відбуваються через несвоєчасне звернення

пацієнтів, відповідно, пізню діагностику та залучення до ВІЛ-послуг ЛЖВ. Це, в свою чергу, знижує вплив АРТ на стан епідемії в області та вказує на необхідність посилення профілактичних програм серед населення, популяризації тестування на ВІЛ та активного залучення працівників первинної мережі надання медичної допомоги до КіТ з ініціативи медичного працівника.

5. Послуги з КіТ на ВІЛ призвели до таких змін: ріст диспансерної групи (на кінець 2016 р. під медичним наглядом знаходились 484 ЛЖВ проти 154 на початок 2009 року (ріст у 3 рази); 105 нових випадків ВІЛ-інфекції у 2017 р. проти 50 у 2009 р. та 81 у 2013 році, охоплення диспансерним наглядом серед осіб, виявлених протягом року, зросло з 28,9% у 2013 р. до 55,1% у 2016 р.), покращення виявлення та охоплення в області диспансерним наглядом представників КГН щодо ризику інфікування ВІЛ. Заходи, які здійснюються в напрямку КіТ на ВІЛ в області, на даному етапі не повною мірою забезпечують своєчасне (раннє) виявлення ВІЛ-інфекції.

6. Відмічається зростання співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд (з 51,7% у 2009 р. до 77,6% у 2016 р.).

7. Область достатньо забезпечувалась тест-системами для проведення тестування на ВІЛ, суттєвих затримок не відмічалось. Всі групи населення були забезпечені безперешкодним доступом до тестування на ВІЛ.

8. Охоплення представників КГН профілактичними послугами силами НУО в Ужгороді потребує розширення – послуги надаються лише групам ЛВІН та ОСБ, ЧСЧ профілактичні послуги не отримують. В інших районах області профілактичні послуги силами НУО не надаються.

9. Стабільно низький рівень реєстрації нових випадків серед ЛВІН підтверджує позитивний вплив профілактичних програм та їхній вплив на формування безпечної ін'єкційної поведінки серед ЛВІН (високий відсоток – 92% використання стерильної голки під час останньої ін'єкції згідно досліджень 2015 р.).

10. У зв'язку з відсутністю діяльності НУО на території інших, окрім Ужгорода, територій області, проведенням біоповедінкових досліджень серед ОСБ, які також є мешканцями Ужгорода, можна зробити висновок, що вплив ОСБ на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу по обласному центру незначний, в масштабах області зробити висновок про вплив групи ОСБ на розвиток епідемії нема можливості.

11. Фінансування профілактичних заходів щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу серед ЛВІН та ОСБ за кошти місцевих бюджетів не здійснюється. Заходи, профінансовані МБФ «Альянс громадського здоров'я», були релевантними для представників ЛВІН та ОСБ, які отримали послуги в Ужгороді.

12. Цілеспрямовані заходи щодо профілактики ВІЛ серед ЧСЧ в області не виконуються, діє лише волонтерський рух. Стан охоплення ЧСЧ профілактичними послугами незадовільний, фактично, послуги реалізовувались лише у 2014 році. Охоплення тестуванням на ВІЛ представників ЧСЧ є недостатнім, доступ до профілактичних програм відсутній. Спостерігається ріст реєстрації нових випадків ВІЛ серед осіб з гомосексуальним шляхом інфікування (з 0 у 2009 р. до 6 у 2016 р.). Насторожує факт зниження відсотка представників групи ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту (за даними біоповедінкових досліджень).

13. Трудові мігранти та їхні постійні статеві партнери є КГН щодо поширення епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на території Закарпатської області. Поширеність ВІЛ-інфекції в середовищі трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення у 2014 – 2016 рр. за результатами тестування в середньому складає $2,1 \pm 0,4\%$. У структурі нових випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих частка групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів складає близько 60%.

14. Заходи, які виконуються в рамках профілактичних програм, залучення до тестування на ВІЛ та охоплення медичним доглядом ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів є правильними, хоча і потребують розширення та вдосконалення. Обсяг виконання цих заходів потребує збільшення шляхом залучення медичних працівників первинної ланки надання допомоги та неурядових організацій.

6. Рекомендації

За напрямком КіТ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні та виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Ріст реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції на третій-четвертій клінічних стадіях як можливий наслідок відсутності тестування на первинній і вторинній ланках надання медичної допомоги.	-	Забезпечити тестування на ВІЛ, зокрема, за допомогою швидких тестів, силами первинної ланки надання медичної допомоги.
	2. Недостатній рівень охоплення послугами КіТ представників ключових щодо інфікування ВІЛ груп населення.	Підтримка ініціатив регіональних НУО щодо реалізації профілактичних програм на всій території області.	Провести інформаційну роботу з ЗОЗ області щодо консультування і тестування представників уразливих груп з ініціативи медичного працівника.
	3. Затримки в поставках тест-систем, закуплених за кошти Держбюджету, і затримки закупівель з місцевого бюджету, спричинені особливостями тендерної процедури.	Для забезпечення доступу до своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу з метою скорочення термінів між подачею заявок та поставками тест-систем оптимізувати процес закупівель та поставок виробів медичного призначення.	Забезпечити виділення фінансування з обласного та районних бюджетів на придбання швидких тестів для передачі їх в ЗОЗ області.
За напрямком АРТ	1. В області працює лише один сайт, на якому відбувається призначення АРТ та видача препаратів, – на базі обласного Центру СНІДу. Це спричиняє незручності для пацієнтів з віддалених районів області. Пункти видачі АРВ-препаратів не наближені до місця проживання пацієнтів.	-	Розробити та впровадити модель децентралізації АРТ, створення сайтів АРТ та/або мобільних виїзних бригад у районах, віддалених від обласного центру.

	2. На кінець 2016 р. дві третини пацієнтів (близько 350 осіб) спостерігаються в Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом, де фактично працюють два лікарі-інфекціоністи на 1,0 та 0,5 ставки.	-	Розробити та впровадити план оптимізації надання медичної допомоги з урахуванням навантаження на лікарів-інфекціоністів Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом і кабінетів «Довіра».
	3. Втрата ЛЖВ для медичного спостереження та лікування за місцем проживання через побоювання розголошення позитивного ВІЛ-статусу, проявів стигми та дискримінації.	-	Впровадити функціонально-організаційну модель подолання стигми та дискримінації у всіх ЗОЗ області.
	4. Соціальний супровід фахівцями неурядових організацій в інших районах області, окрім Ужгорода, не здійснюється.	-	Забезпечити інтегровану співпрацю між НУО та ЗОЗ області щодо залучення до активного медичного спостереження ВІЛ-інфікованих ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів.
За напрямком ЧСЧ	Відсутність в регіоні профілактичних програм, орієнтованих на представників даної цільової групи.	Підтримка ініціатив НУО області щодо впровадження профілактичних програм серед ЧСЧ	Розширення надання на території області профілактичних послуг, орієнтованих на ЧСЧ громадськими організаціями.
За напрямком ОСБ	Територіально обмежена реалізація профілактичної діяльності серед ОСБ (надаються лише в Ужгороді).	Підтримка профілактичних програм серед ОСБ в області та розширення рекомендованого мінімального пакету послуг.	Розширення надання на території області профілактичних послуг, орієнтованих на ОСБ громадськими організаціями.
За напрямком ЛВІН	Територіальна обмеженість в реалізації профілактичних послуг (надаються лише в Ужгороді), що обмежує доступ ЛВІН, що мешкають на інших територіях області, до отримання послуг.	Підтримка профілактичних програм серед ЛВІН в області та розширення рекомендованого мінімального пакету послуг.	Розширення надання на території області профілактичних послуг, орієнтованих на ЛВІН громадськими організаціями.

За напрямком трудові мігранти	Заходи, які виконуються щодо профілактики, залучення до тестування на ВІЛ і охоплення медичним наглядом ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів, потребують розширення та вдосконалення.	-	Збільшення обсягу охоплення КіТ групи ТМ шляхом залучення медичних працівників первинної ланки надання допомоги та неурядових організацій.
За іншими напрямками	Відсутність затверджених регіональних програм протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в області з 2009 року і, як наслідок, – відсутність фінансування програм.	Створення системи адвокації, своєчасної розробки та затвердження регіональних програм з відповідним фінансуванням.	<p>1. Затвердження регіональної програми з відповідним фінансуванням заходів.</p> <p>2. Розробити та впровадити план активного залучення медичних працівників первинної ланки надання медичної допомоги до послуг з консультування та тестування на ВІЛ.</p>

**7. План заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Закарпатській області
за результатами проведеної Оцінки**

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
Заходи на рівні Обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та МРГ				
1.	Розробити за участі експертів та затвердити ефективну методику визначення оціночної чисельності групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів в області.	І квартал 2018 року	Обласна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, МРГ	Використання оціночної чисельності групи ТМ для визначення показників розвитку епідемії в області.
2.	Розробити адаптовану для області модель децентралізації надання послуг АРТ з метою їхнього наближення до цільової групи. Оцінити доцільність створення стаціонарних сайтів АРТ у районах області або впровадження мобільних сайтів в районах, віддалених від обласного центру.	Перше півріччя 2018 року	МРГ, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Забезпечення доступу до АРТ для всіх ВІЛ-позитивних осіб області, зростання прихильності до диспансерного нагляду та АРТ, внаслідок чого на початку можливе зростання реєстрації кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, в подальшому – зниження.
3.	Надати обґрунтовані пропозиції в ОДА, районні державні адміністрації щодо виділення фінансування з обласного та районних бюджетів на придбання швидких тестів для передачі первинній ланці надання медичної допомоги, зокрема, для обстеження групи трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів	І квартал 2018 року	ОКР, районні координаційні ради	Зростання кількості тестувань. Спочатку – зростання реєстрації кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, в подальшому – зниження. Своєчасне виявлення ВІЛ-інфікованих та охоплення їх диспансерним наглядом, послугами АРТ.
4.	Рішенням обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу рекомендувати регіональним НУО посилити на території області роботу щодо розширення надання	І квартал 2018 року	ОКР	На початку розширення діяльності НУО можливе зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів, в

	громадськими організаціями профілактичних послуг, орієнтованих на ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів. Звернутися до національних партнерських організацій щодо підтримки зазначеного напрямку роботи регіональних НУО.			подальшому – зниження
Заходи, які необхідно включити до Обласної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 роки				
5.	Роботу з групою трудових мігрантів, яка є регіональною ключовою групою щодо інфікування ВІЛ, викласти як окремий напрямок роботи.	Під час розробки проекту програми	Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом та інші зацікавлені виконавці	Здійснення моніторингу та оцінки ефективності заходів в даній групі, оцінка її впливу на розвиток епідемії в області.
6.	Одним із пріоритетних завдань визначити профілактику ППСШ у групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ.	Під час розробки проекту програми	Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Зниження реєстрації нових випадків передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом у групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ.
7.	Ввести індикатори охоплення профілактичними заходами ЧСЧ.	Під час розробки проекту програми	Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Здійснення моніторингу та оцінки ефективності заходів у даній групі, оцінка її впливу на розвиток епідемії в області.
8.	Розробити якісні показники для оцінки заходів з КіТ.	Під час розробки проекту програми	Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Здійснення моніторингу та оцінки КіТ, оцінка впливу на розвиток епідемії в області.
9.	Включити розробку та впровадження профілактичних програм серед населення з метою популяризації тестування на ВІЛ.	Під час розробки проекту програми	Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Зростання тестування, на початку можливе збільшення кількості нових випадків реєстрації ВІЛ-інфекції, в подальшому – зниження.
Заходи на рівні ДОЗ				
10.	Розробити та затвердити план роботи щодо активного залучення первинної мережі надання медичної	І квартал 2018 року	ДОЗ, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Проведення низки навчальних тренінгів-семінарів. Зростання тестування з ініціативи медичного

	допомоги до консультування і тестування з ініціативи медичного працівника.			працівника. На початку можливе збільшення кількості нових випадків реєстрації ВІЛ-інфекції, в подальшому – зниження.
11.	Забезпечити розгляд питання щодо тенденції виявлення випадків ВІЛ-інфекції у пацієнтів переважно на III-IV клінічних стадіях з метою визначення шляхів вирішення даної проблеми з фахівцями обласного та районного рівня. Впровадити план заходів для підвищення рівня раннього виявлення факту інфікування ВІЛ.	IV квартал 2017 року – I квартал 2018 року	ДОЗ	Встановлено причини збільшення кількості випадків виявлення ВІЛ на пізніх клінічних стадіях. Впроваджено заходи щодо своєчасного виявлення ВІЛ.
12.	Спільно з органами регіонального самоврядування, органами місцевої виконавчої влади лобювати перед МОЗ України збільшення квоти для закупівлі АРТ-препаратів для забезпечення розширення охоплення лікуванням ВІЛ-інфікованих осіб в області з метою досягнення вимог стратегії «90-90-90». Подати на національний рівень обґрунтовану потребу регіону в збільшенні квоти для закупівлі АРТ-препаратів.	До кінця 2017 року	ДОЗ, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Збільшення квоти, відповідно, покращення доступу до послуг АРТ, відповідно – ріст прихильності до активного медичного нагляду, на початку можливе збільшення кількості нових випадків реєстрації ВІЛ-інфекції, в подальшому – зниження.
13.	Розробити і впровадити план заходів забезпечення і виконання функцій з надання послуг АРТ (призначення, видача) лікарями первинної мережі надання медичної допомоги.	I квартал 2018 року	ДОЗ, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Вільний доступ до АРТ в області.

14.	Впровадити цикл навчання медичних працівників навичкам проведення швидкого тестування на базі амбулаторій загальної практики – сімейної медицини з метою посилення роботи щодо тестування на ВІЛ активних ЛВІН, колишніх ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів з ініціативи медичного працівника із застосування відповідних кодів контингентів в ході сероепідмоніторингу.	Постійно	ДОЗ, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Забезпечення якості моніторингу і оцінки тестування на ВІЛ.
15.	Розробити та впровадити обласну програму (дорожню карту). Проводити роботу щодо активного залучення медичних працівників первинної мережі медичної допомоги до консультування і тестування з ініціативи медичного працівника.	Постійно	ДОЗ, ЗОЗ області	Вільний доступ до тестування на ВІЛ для населення, на початку ріст реєстрації нових випадків, в подальшому – зниження.
16.	Розробити та впровадити рекомендації для медичних працівників ЗОЗ усіх рівнів та соціальних працівників неурядових організацій з посилення роботи щодо залучення до тестування статевих партнерів ВІЛ-інфікованих, а також статевих партнерів трудових мігрантів з метою раннього виявлення ВІЛ.	2017 рік – I півріччя 2018 року	ДОЗ, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом	Вільний доступ до тестування на ВІЛ для населення, на початку можливе збільшення кількості нових випадків реєстрації ВІЛ-інфекції, в подальшому – зниження.
17.	Впровадити якісні показники для оцінки заходів з КіТ, за основу взяти кількість тестувань за клінічними показаннями. Контроль за виконанням показників	3 2018 року	ДОЗ	Забезпечення якості моніторингу і оцінки тестування на ВІЛ.

	покласти на Центр СНІДу та районні кабінети «Довіра».			
Спільні заходи на рівні співпраці ДОЗ та НУО				
18.	Забезпечити тестування статевих партнерів ВІЛ-інфікованих, а також постійних статевих партнерів трудових мігрантів з метою раннього виявлення ВІЛ.	Постійно	ДОЗ, НУО, ЛПЗ області	Зростання реєстрації нових випадків в групі статевих партнерів ВІЛ-інфікованих, а також партнерів трудових мігрантів. Свочасне охоплення медичним наглядом, призначення АРТ.
19.	Розробити алгоритм інтегрованого підходу щодо залучення до активного медичного спостереження ВІЛ-інфікованих ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ, трудових мігрантів та їхніх постійних статевих партнерів.	До 01.07.2018 року	ДОЗ, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, НУО	Вільний та своєчасний доступ до послуг медичного нагляду, догляду та підтримки для ВІЛ-інфікованих. Зростання прихильності до активного медичного нагляду, на початку можливе збільшення кількості нових випадків реєстрації ВІЛ-інфекції, в подальшому – зниження.
20.	Забезпечити співпрацю Центру СНІДу з неурядовими організаціями та ініціативними групами області щодо проведення спільних інформаційно-навчальних заходів для населення області.	Постійно	Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, НУО	Поширення якісної інформації для населення. Зростання кількості тестувань на ВІЛ з власної ініціативи.

Додаток. Таблиця значень індикаторів – Закарпатська область

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки	
1.	Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (показник №9 плану МІО)	8%	5%	0	0	0	0						
		чисельник	1	1	0	0	0	0					
		знаменник	12	20	9	12	8	16					
		цільове значення					2%		2,5%			1%	
2.	Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник №4 плану МІО)	0,72	1,0	0,88	1,6	1,6	1,2	1,7	1,2			Розраховано для 2009-2016 років за методологією, затвердженою Наказом Державної служби з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань №2 від 15.01.15	
		чисельник	9	13	11	20	20	15	21	15			
		знаменник	1241995	1244517	1247926	1251560	1254047	1256737	1256325	1256134			Середня чисельність постійного населення, дані за 2016 рік за посиланням uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/dem/2017/nasel_0101_2017.pdf
		цільове значення		13,6 на 100 тис. нас.			11,5 на 100 тис. нас.					9,9 на 100 тис. нас.	
3.	Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ-ТБ, 2009-2016 рр.,	0,08	0,0	0,16	0,56	0,64	0,56	0,72	0,32				

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	на 100 тис. населення (показник №26 плану МІО)											
	чисельник	1	0	2	7	8	7	9	4			2014-2016 – за методологією, затверджено Наказом Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань №2 від 15.01.15, 2013 - за даними Ф2-ВІЛ/СНІД 2009-2012 - облікові форми №502-1/о, 502-2/о
	знаменник	1241995	1244517	1247926	1251560	1254047	1256737	1256325	1256134			Середня чисельність постійного населення, дані за 2016 рік за посиланням uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/dem/2017/nasel_0101_2017.pdf
	цільове значення								4,5 на 100 тис. нас.		3,0 на 100 тис. нас.	
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15-24 років, % (показник №3 плану МІО)	Не визначався*	Не визначався*	Не визначався*	Не визначався*	0,04%	0,05%	0,06%	0,09%			За даними Ф2-ВІЛ/СНІД
	чисельник	-	-	-	-	4	3	3	4			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	знаменник	-	-	-	-	9454	5513	4976	4352			
	цільове значення								0,30%		0,27%	
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (показник №5 плану МіО)	0,09%	0,06%	0,02%	0,07%	0,07%	0,07%	0,04%	0,1%			
	чисельник	17	11	4	14	14	15	7	18			
	знаменник	19023	19948	20772	19682	20560	20459	18813	16830			
	цільове значення								0,62%		0,49%	
6.	Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, що живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 років, 2009-2016 рр. (показник №6 плану МіО)	-	-	1,4%	-	2,8%	-	-	-			Дані звітів МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» «Моніторинг поведінки ЛВІН та їх статевих партнерів» за 2009, 2011, 2013 рр. Відсутній розподіл за віком (відсоток всіх ЛВІН, які живуть з ВІЛ у 2009 р. - 5%, у 2015 р. - 1,4%). На національний рівень показник не подався
	чисельник			1		-						
	знаменник			70		-						
	цільове значення								5,3%		3,5%	
7.	Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, що живуть з ВІЛ, серед	-	-	-	-	0	-	0	-			Дані звітів МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» «Моніторинг

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	вікової групи 15–24 років, 2009–2016 рр. (показник №7 плану МІО)											поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед РКС» за 2009, 2011, 2013, 2015 роки.
	чисельник	-	-	-	-	0		0				
	знаменник	-	-	-	-	-		-				
	цільове значення					5,0%					1,4%	
8.	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 років, 2009-2016 рр. (показник №8 плану МІО)	3,8	-	-	-	0	-	-	-			Дані звітв МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед чоловіків, які мають секс з чоловіками як компонент епіднагляду другого покоління» за 2009, 2011, 2013 рр. За 2015 р. дані відсутні
	чисельник	-	-	-	-	0						
	знаменник	-	-	-	-	-						
	цільове значення					7,5%			3,2%		2,1%	
	Індикатори впливу											
9.	Захворованість на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. населення, 2009–2016 рр.	4,8	6,9	6,6	8,2	7,2	6,7	6,3	8,5			
	чисельник	60	87	82	103	90	84	79	107			У даних за 2009 – 2010 роки вказано інформацію не з

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
												таблиці 1000 Ф2 ВІЛ/СНІД (щодо кількості позитивних результатів, а не осіб (згідно інструкції до звітної форми), а за результатом аналізу тимчасових анкет, затверджених наказом УОЗ №518-О від 22.11.2007р.
	знаменник	1241995	1244517	1247926	1251560	1254047	1256737	1256325	1256134			Середня чисельність постійного населення, дані за 2016 рік за посиланням uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/dem/2017/nasel_0101_2017.pdf
10.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	4,0	4,9	5,1	6,6	6,5	6,6	5,7	8,4			
	чисельник	50	62	63	82	81	83	71	105			
	знаменник	1241995	1244517	1247926	1251560	1254047	1256737	1256325	1256134			Середня чисельність постійного населення, дані за 2016 рік за посиланням uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/dem/2017/nasel_0101_2017.pdf
10.1	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100	2,5	3,8	4,1	5,1	5,4	4,7	4,7	6,7			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	тис. населення, 2009-2016 рр. без урахування дітей, в стадії підтвердження діагнозу.											
	чисельник	31	47	51	64	68	59	59	84			
	знаменник	1241995	1244517	1247926	1251560	1254047	1256737	1256325	1255944			
11.	Захворованість на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис., 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник											
12.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис., 2009-2016 рр.	0,64	0,72	1,4	1,4	2,5	1,4	1,7	1,8			
	чисельник	8	9	18	18	31	18	21	23			2013-2016 роки – дані річної Ф2-ВІЛ/СНІД, 2009-2012 – дані рутинного епідагляду (облікові форми №502-1/о, 502/2-о)
	знаменник	1241995	1244517	1247926	1251560	1254047	1256737	1256325	1256134			Середня чисельність постійного населення, дані за 2016 рік за посиланням uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/dem/2017/nasel_0101_2017.pdf

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
13.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті за причинами, безпосередньо пов'язаними з ВІЛ-інфекцією на 100 тис. 2009-2016 рр.	0,08	0,00	0,32	1,1	1,1	0,80	1,0	0,88			
	чисельник	1	0	4	14	14	10	13	11			
	знаменник	1241995	1244517	1247926	1251560	1254047	1256737	1256325	1256134			Середня чисельність постійного населення, дані за 2016 рік за посиланням uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/dem/2017/nasel_0101_2017.pdf
14.	Смертність серед ЛЖВ за оцінними даними СПЕКТРУМ, на 100 тис., серед осіб віком 15+, 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник	1009317	1010699	1012149	1012338	1011802	1010417	1007944				
15.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	15,0	18,5	21,7	25,1	28,0	32,1	37,4				
	чисельник	151	187	220	254	283	324	377	438			
	знаменник	1009317	1010699	1012149	1012338	1011802	1010417	1007944				Дані щодо чисельності населення 15+ за 2016 рік відсутні

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки	
16.	Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис., 2009-2016 рр.	-	1010699	1012149	1012338	1011802	1010417	1007944					
		чисельник											
		знаменник											
17.	Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	-	1,5%	1,8%	1,4%							Дані звітів МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» «Моніторинг поведінки ЛВІН та їх статевих партнерів» за 2009, 2011, 2013 рр.	
		чисельник	2	-									
		знаменник	130	-									
18.	Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, що живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	0	-	0	-	0	-	3,2				Дані звітів МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед РКС» за 2009, 2011, 2013, 2015 роки	
		чисельник											
		знаменник							144				
19.	Відсоток чоловіків, які мають секс із	7,8	-	8,3	-	6,6%	-	-				Дані звітів МБФ «Міжнародний	
		чисельник											
		знаменник											

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	чоловіками, що живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.											Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, як компонент епіднагляду другого покоління» за 2009, 2011, 2013 рр.
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення					7,9%						
20.	Відсоток молодих людей у віці 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2013-2016 рр. (показник №18 плану МІО).					-	-	-	-			На регіональному рівні не визначався.
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення										70%	
21.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в											
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення											
						33,3%	36,15%	43,7%	42,9%			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (показник №19 плану МІО).											
	чисельник					27	30	31	45			
	знаменник					81	83	71	105			
	цілове значення								40,0%		37,0%	
21.1	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр., без урахування дітей, які зареєстровані в стадії підтвердження.					39,7%	50,8%	52,5%	53,6%			
	чисельник					27	30	31	45			
	знаменник					68	59	59	84			
22.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб які пройшли медичний нагляд протягом року серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2013-2016 рр. (показник №20 плану МІО)					75,8%	82,7%	83,8%	84,1%			
	чисельник					244	306	353	407			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	знаменник					322	370	421	484			
	цільове значення								80,0%		85,0%	
23.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку, 2013-2015 рр. (показник №24 плану МІО)					91,5	82,3	87,3				
	чисельник					43	51	55				
	знаменник					47	62	63				
	цільове значення								85,0%		86,0%	
24.	Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №28 плану МІО).					-	-	-	-			Не визначався на регіональному рівні.
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення								Зниження на 20% від базового значення		Зниження на 50% від базового значення	
25.	Кількість людей, які вживають ін'єкційні наркотики, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №14 плану МІО).					301	186	431	425			Дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я»
26.	Кількість осіб, які надають сексуальні послуги за					69	57	143	158			Дані програмного моніторингу МБФ «Альянс

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	винагороду, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №15 плану МІО).											громадського здоров'я»
27.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №16 плану МІО).					0	149	0	0			Дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я». У 2013, 2015-2016 роках в області профілактичні програми для чоловіків, які мають секс з чоловіками, не реалізовувались.
28.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (показник №21 плану МІО).					53% дорослих, 92% дітей	0	0	60,7%			
	чисельник					149 дорослих, 37 дітей			266			
	знаменник					282 дорослі, 40 дітей			438			
	цільове значення								Дорослі – 80% Діти – 90%			Дорослі – 100% Діти – 100%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
29.	Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №10 плану МіО).					25,5%	-	28,2%	-			
	чисельник					51	-	42	-			
	знаменник					200	-	150	-			
	цільове значення								45,0%		55,0%	
30.	Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №11 плану МіО).					21,0%	-	26,0%	-			
	чисельник					21		39				
	знаменник					100		150				
	цільове значення								65,0%		70,0%	
31.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №12 плану МіО).					25,0%	-	-	-			
	чисельник					5						
	знаменник					200						

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	цільове значення								45,0%		55,0%	
32.	Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №13 плану МіО).											
	чисельник					239	251	185	87			
	знаменник											Кількість засуджених, що перебували в місцях позбавлення волі протягом відповідних років, невідома.
	цільове значення								40,0%		60,0%	
33.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які на теперішній час її отримують, 2013-2016 рр. (показник №22 плану МіО).											
	чисельник					80	139	188	253			
	знаменник					дорос-лих, 6 дітей	дорос-лих, 7 дітей	дорос-лих, 10 дітей	дорос-лих, 11 дітей			
	цільове значення					69,6%	82,1%	83,3%	80,9%			
34.	Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (показник №25 плану МіО).											
	чисельник					16	32	30	34			
	знаменник					23	39	36	42			
	цільове значення								55,0%		70,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
35.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр., (показник №23 плану МІО).					100	88	100	100			
	чисельник					6	7	10	11			
	знаменник					6	8	10	11			
	цільове значення								99,0%		100,0%	
36.	Відсоток осіб з опіoidною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр., (показник №27 плану МІО).					14,8%	20 %	27%	23,5%			
	чисельник						40	38	36			
	знаменник						200	142	153			Диспансерна група
36.1	Відсоток осіб з опіoidною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр. стосовно оціночної кількості.						16,0%	15,2%	14,4%			
	чисельник						40	38	36			
	знаменник					250	250	250	250			Оціночна кількість затверджена рішенням обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	Цільове значення								20,0%		35,0%	
37.	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр., (показник №1 плану МІО).					4793292,3 грн	5506172,5 грн	6215392,7 грн	*			* Дослідження з оцінки витрат за 2016 рік ще не проводилось.
38.	Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр., (показник №2 плану МІО).					100 %	95,3 %	96,7%	45,0%			У 2016 році змінився механізм фінансування – у 2013-2015рр. фінансування здійснювалось у натуральній формі шляхом централізованого постачання через ДЮЗ, у 2016 р. – шляхом виділення додаткових коштів до бюджету Центру СНІДу за рішенням сесії облради.
	чисельник					722100	730500	822300	407300			Кошти обласного бюджету
	знаменник					722000	766500	850000	896000			Кошти обласного бюджету
	Цільове значення								100,0%		100,0	
39.	Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року					49%	18 %	19%	20,4%			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2013-2016 рр., (показник №17 плану МІО).											
	чисельник					327	120	127	136			
	знаменник					668	668	668	668			
	цільове значення								90%		100%	
40.	Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					40,2%	54,2%	61,9%	70,9%			Не враховано дітей в стадії підтвердження.
	чисельник					86	146	198	264			
	знаменник					214	270	320	372			
41.	Охоплення профілактичним лікуванням ізоназидом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					10,0%	27,3%	63,2%	81,9%			
	чисельник					13	29	110	158			
	знаменник					130	143	174	193		262	Не враховано дітей в стадії підтвердження.
42.	Кількість ЛЖВ, віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ станом на 01.01.2017 р.											

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
43.	Кількість ЛЖВ, віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівня ВН, станом на 01.01.2017 р.									215		
44.	Кількість ЛЖВ, віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначеного ВН, станом на 01.01.2017 р.									107		
45.	Поширеність ВІЛ-інфекції в середовищі трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення (у %).					-	1,9%	1,7%	2,8%			
	чисельник					38	33	35	50			Кількість виявлених і взятих на диспансерний облік ВІЛ-інфікованих трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення
	знаменник					466 (неповні дані починаючи з липня)	1730	2045	1765			Загальна кількість протестованих трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення методом

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
						2013)						ІФА (без ШТ, зокрема по фонду Клінтона).
46.	Відсоток осіб з числа представників групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати.					1,3%	1,4%	1,9%	1,8%			
	чисельник					1796	1879	2590	2460			Кількість проконсультованих та протестованих трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення.
	знаменник					138824	138824	138824	138824			Оціночна кількість трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення.
47.	Співвідношення померлих від захворювань, пов'язаних з ВІЛ до осіб, які отримують АРТ 12 місяців і більше (%).						0	3,9%	3,6%			
	чисельник						0	2	2			Дані річної Ф2-ВІЛ/СНІД
	знаменник						43	51	55			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
48.	Захворованість на СНІД за даними РЕН на 100 тис. населення, 2009-2016 рр. чисельник	0,4	0,2	0,8	2,6	2,8	3,0	4,1	4,3			Дані річної Ф2-ВІЛ/СНІД
	знаменник	1241995	1244517	1247926	1251560	1254047	1256737	1256325	1256134			Середня чисельність постійного населення, дані за 2016 рік за посиланням uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/dem/2017/nasel_0101_2017.pdf
49.	Відсоток ЛВІН, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. чисельник					60,2	37,2	86,2	85			
	знаменник					301	186	431	425			Дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я»
	знаменник					500	500	500	500			Оціночна кількість затверджена рішенням обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
50.	Відсоток ОСБ, охоплених профілакт. програмами, 2013-2016 рр.					13,8	11,4	28,6	31,6			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	чисельник					69	57	143	158			Дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я»
	знаменник					500	500	500	500			Оціночна кількість затверджена рішенням обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
51.	Відсоток ЧСЧ, охоплених профілакт. програмами, 2013-2016 рр.					0	9,9	0	0			
	чисельник					0	149	0	0			Дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» У 2013, 2015-2016 роках в області профілактичні програми для чоловіків, які мають секс з чоловіками, не реалізовувалися.
	знаменник					1500	1500	1500	1500			Оціночна кількість затверджена рішенням обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу

№1. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009–2014 рр. (показник № 9 плану МіО). У 2011–2016 роках не зафіксовано жодного випадку передачі ВІЛ від матері до дитини серед дітей з відомим ВІЛ-статусом у віці 1,5–2 роки. Показник 2009 та 2010 років має високі значення (8% та 5% відповідно), які виникли через невисокі абсолютні дані. Фактично, інфікування ВІЛ у вказаних роках підтверджене двом дітям, причиною в обох випадках стали пізні звернення мам у жіночу консультацію для здійснення нагляду за вагітністю, неотримання АРТ під час вагітності.

№2. Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009–2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 4 плану МіО). Коливання показника протягом проаналізованих років не зазнають значних змін, що підтверджується достовірністю кумулятивного рівня смертності від хвороби, зумовленої ВІЛ, у 2009–2013 роках, який становить 1,2 на 100 тис. населення в рік.

№3. Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ-ТБ, 2009–2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 26 плану МіО). Наразі дані уточнюються в ОКТМО «Фтизіатрія».

№4. Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 років, % (показник № 3 плану МіО). Абсолютні цифри показника майже не змінюються протягом 2013–2016 років (4,3,3,4 особи відповідно), проте відмічається ріст самого показника з 0,04% до 0,09%. Незначні абсолютні цифри не дають змоги робити висновки щодо динаміки поширеності ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки.

№5. Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009–2016 рр., % (показник № 5 плану МіО). Середній показник поширеності ВІЛ серед вагітних складає 0,06% в рік. Зниження показника відмічались у 2011 (0,02%) та 2015 (0,04%) роках.

№6. Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, що живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24, 2009–2016 рр. Абсолютні цифри щодо позитивних результатів (по одній особі) не дають змоги робити висновки про якість показника, можуть свідчити лише про низьку поширеність ВІЛ серед ЛВІН віком 15–24 роки.

№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). Нульові значення показника протягом цих років свідчать про відсутність/незначний вплив даної групи ризику на розвиток епідемії в області.

№8. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009–2016 рр. (показник № 8 плану МіО). Позитивне значення зафіксовано у 2009 році (3,8%). Відсутність абсолютних даних не дає змогу робити висновки.

№9. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. населення, 2009–2016 рр.

За результатами СЕМ індикатор розрахований без урахування анонімних тестувань (код 114) та тестувань дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками (код 110). Середній показник за 2009–2016 роки складає 6,9 на 100 тис. населення в рік. Перевищують його значення показники 2012, 2013 та 2016 років (8,3 на 100 тис. населення, 7,2 на 100 тис. населення та 8,5 на 100 тис. населення відповідно). Слід зауважити, що для 2009, 2010 років інформацію для розрахунку показника взято не за Ф2-ВІЛ/СНІД, а за даними аналізу тимчасових анкет на підтвердження позитивних результатів (наказ управління охорони здоров'я Закарпатської ОДА від 22.11.07

№518), оскільки в Ф2-ВІЛ/СНІД були враховані всі позитивні результати згідно інструкції до заповнення звітної форми.

№10. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. населення, 2009–2016 рр. Середній показник захворюваності на ВІЛ за даними РЕН є меншим за показник захворюваності за даними СЕМ і складає 5,9 на 100 тис. населення в рік. Відмічається динаміка щодо росту захворюваності з 4,0 на 100 тис. населення у 2009 році до 8,4 на 100 тис. населення у 2016 році, за виключенням 2015 року, коли зафіксовано зниження захворюваності з 6,6 на 100 тис. населення у 2014 році до 5,7 на 100 тис. населення. Враховуючи невисокі абсолютні цифри щодо захворюваності, на зниження показника у 2015 році вплинула кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками у 2015 році.

№10.1. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. населення, 2009–2016 рр. без урахування дітей, які перебувають на стадії підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції. У 2014 році дітей з непідтвердженим ВІЛ-статусом було зареєстровано 24 із 83 вперше виявлених випадків (28,9%), у 2015 році – 12 із 71 випадку (16,9%), у 2016 році – 21 із 105 випадків (20,0%). Спостерігається подвійне зростання реєстрації нових випадків з 2009 по 2013 роки включно – з 2,5 на 100 тис. населення до 5,4 на 100 тис. населення, зниження у 2014, 2015 роках до рівня 4,7 на 100 тис. населення і знову зростання у 2016 році до 6,7 на 100 тис. населення. Середній показник захворюваності складає 4,6 на 100 тис. населення в рік і є в 1,5 рази меншим за середній показник захворюваності за даними СЕМ (6,8 на 100 тис. населення в рік).

№12. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис., 2009–2016 рр. Середній показник становить 1,5 на 100 тис. населення в рік. Суттєве зростання зафіксоване у 2013 році. Без урахування даних 2013 року спостерігається динаміка росту з 0,6 на 100 тис. населення у 2009 році до 1,8 на 100 тис. населення у 2016 році.

№13. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. 2009–2016 рр. Починаючи з 2012 року рівень смертності в області від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, тримається приблизно на одному рівні і складає в середньому 0,98 на 100 тис. населення в рік.

№15. Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр. В динаміці відмічаємо ріст показника з 15,0 на 100 тис. населення у 2009 році до 37,4 на 100 тис. населення у 2015 році (у 2,5 рази).

№17. Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009–2016 рр. Рівні даного індикатора за даними біоповедінкових досліджень невисокі, абсолютні цифри незначні.

№18. Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, що живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009–2016 рр. Позитивне значення зафіксоване лише у 2016 році, 3,2% і є у два рази меншим за цільове.

№19. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009–2016 рр. Високі рівні даного індикатора впродовж років свідчать про розвиток епідемії ВІЛ-інфекції у даній групі ризику.

№ 20. Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2013–2016 рр. (показник № 18 плану МіО). Даний індикатор на регіональному рівні не визначався.

№ 21. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013–2016 рр. (показник № 19 плану МіО). З 2013 по 2015 роки відбулося зростання на 10,4% з 33,3% до 43,7% відповідно, у 2016 році відмічається незначне зниження – до 42,9%.

№ 21.1. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції. У групі осіб з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції відбувається зростання показника з 39,7% у 2013 році до 53,6% у 2016 році.

№22. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб які пройшли медичний нагляд протягом року серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2013–2016 рр. (показник № 20 плану МіО). Відмічаємо зростання даного індикатора з 75,8% у 2013 році до 84,1% у 2016 році. В абсолютних цифрах відбулося зростання у 1,7 разів, що свідчить про активну роботу служби протидії ВІЛ-інфекції в області.

№23. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку, 2013-2015 рр. (показник № 24 плану МіО). В цілому в області утримується високий відсоток осіб, які отримують АРТ більше 12 місяців, середній показник за 2013 – 2015 рр. складає 86,5%. Слід зазначити, що абсолютна кількість пацієнтів невелика.

№24. Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013–2016 рр. (показник № 28 плану МіО). Даний індикатор на регіональному рівні не визначався.

Показники №25–27 розраховано на осіб, які пройшли тестування на ВІЛ в громадській організації, відповідно є її клієнтами та отримують послуги профілактики.

№25. Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. (показник №14 плану МіО). В області працює одна неурядова організація, яка реалізує профілактичні програми людей, які вживають ін'єкційні наркотики. У 2013 році програмами охоплено 301 ЛВІН, у 2014 – 186, у 2015 – 431 особу, у 2016 – 425.

№26. Кількість осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. (показник №15 плану МіО). В області діє одна неурядова організація, яка реалізує профілактичні програми для осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду. Кількість ОСБ, охоплених профілактичними програмами зростає з 69 у 2013 році до 158 у 2016 році.

№27. Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. (показник №16 плану МіО). Неурядових організацій, які реалізують профілактичні програми для ЧСЧ, на сьогодні в області нема. У 2014 році за результатами діяльності неурядової організації профілактичними програмами було охоплено 149 ЧСЧ.

№28. Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013–2016 рр. (показник №21 плану МіО) У 2013 році даний показник становив серед дорослих – 53%,

серед дітей – 92%. Показник включає послуги виключно ЛПЗ, оскільки неурядових організацій, які впроваджували таку діяльність, в регіоні не було. У 2016 році послуги з догляду та підтримки почали надаватися неурядовою організацією. Показник склав 60,7% (266 осіб).

№29. Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. Рівень даного показника за результатами біоповедінкових досліджень є незадовільним, складав 25,5% у 2013 році та 28,2% у 2015 році. Причиною низького охоплення може бути те, що до послуг тестування на ВІЛ серед ЛВІН за допомогою швидких тестів в області залучена лише одна неурядова організація.

№30. Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (показник №11 плану МіО). Стан охоплення тестуванням ОСБ незадовільний і може бути пов'язаний з недостатньою кількістю неурядових організацій, які надають послуги з тестування на ВІЛ за допомогою ШТ (одна в області).

№31. Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (показник №12 плану МіО). На сьогодні в області нема неурядових організацій, які надають послуги з тестування на ВІЛ ШТ для ЧСЧ.

№32. Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (показник №13 плану МіО). Відзначається зниження кількості засуджених, які пройшли тестування на ВІЛ. Інформація щодо кількості засуджених, які перебували в місцях позбавлення волі, наразі відсутня.

№33. Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які на теперішній час її отримують, 2013–2016 рр. (показник № 22 плану МіО). Щороку зростає кількість осіб, які отримують АРТ, проте не досягає охоплення активної диспансерної групи. Так, активна диспансерна група серед дорослих (18 років і старші) у 2013 році становила 204 особи, охоплено АРТ – 80 (39,2%), у 2014 році активна група – 260 осіб, охоплено АРТ – 139 (53,5%), у 2015 році активна група – 308 осіб, охоплено АРТ – 188 (61,0%), у 2016 році активна група – 359 осіб, охоплено АРТ – 253 особи (70,5%). Основними причинами неохоплення АРТ є низька прихильність та проживання деяких пацієнтів у віддалених від обласного центру районах, відсутність матеріальної можливості їздити на сайт АРТ, відсутність мотивації до отримання послуг. В області працює тільки один сайт АРТ – в Центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом.

№34. Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013–2016 рр. (показник № 25 плану МіО). У порівнянні з 2013 роком у 2014 році даний показник зріс і за 2014-2016 роки в середньому склав $82,1 \pm 0,8\%$, що є достатньо високим рівнем.

№35. Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013–2016 рр. (показник №23 плану МіО). Рівень даного показника у 2013, 2015, 2016 роках складає 100%, у 2014 році одна дитина не отримувала АРТ через відмову матері.

№36. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013–2016 рр., (показник №27 плану МіО). Рівень даного показника стосовно диспансерної групи у 2014-2016 рр. відповідає цільовому і в середньому складає $23,5 \pm 2,3\%$. Середній показник охоплення ЗПТ серед оціночної кількості ЛВІН-споживачів опіатів складає 15,2% і є нижчим на 5% від цільового значення.

№37. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013–2016 рр., (показник №1 плану МіО). Відмічається зростання фінансування. Джерелами фінансування заходів з протидії ВІЛ/СНІДу в області є: державний та місцевий бюджети, а також міжнародні джерела фінансування (Глобальний фонд та Фонд Вільяма Дж. Клінтона). Відмічається зростання фінансових витрат (за результатами детального аналізу в рамках дослідження з оцінки витрат в основному за рахунок збільшення витрат з державного та місцевих бюджетів). Зокрема з державного бюджету покриваються витрати на лікувальні заходи: АРТ та її лабораторний супровід, лабораторний моніторинг ВІЛ-інфекції, що зумовлено щорічним збільшенням диспансерної групи, зростанням кількості осіб, які знаходяться на АРТ, а також зростом вартості лікарських засобів та медичних виробів. Щодо обласного бюджету, на збільшення витрат на профілактичні та лікувальні заходи найбільше вплинули фактори, зумовлені ціновою політикою. Оскільки покривались на організаційні заходи, зокрема на утримання Центру СНІДу та кабінетів «Довіра», зростання викликали індексація заробітних плат та зростання вартості комунальних послуг.

№38. Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013–2016 рр., (показник №2 плану МіО). Протягом 2013–2015 років відмічались високі рівні фактичного фінансування. У 2016 р. змінився механізм фінансування: у 2013–2015рр. фінансування здійснювалось у натуральній формі шляхом централізованого постачання через ДОЗ, у 2016 р. – шляхом виділення додаткових коштів до бюджету Центру СНІДу за рішенням сесії облради.

№39. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2013–2016 рр., (показник №17 плану МіО). Найвищий рівень індикатора зареєстровано у 2013 році (49%). У 2014–2016 рр. спостерігаємо тенденцію до поступового зростання індикатора, проте у 2016 р. він все ще залишався в 4,5 рази меншим від цільового.

№40. Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013–2016 рр. Індикатор розрахований на кількість осіб активної диспансерної групи, яким підтверджено діагноз ВІЛ-інфекції. Відмічається зростання індикатора з 40,2% у 2013 р. до 70,9% у 2016 р.. Ріст в абсолютних цифрах відбувся у три рази.

№41. Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи, 2013–2016 рр. Низький показник 2013 року (10,0%) у 2016 році зріс до 81,6%. Зростання в абсолютних цифрах відбулося у 12 разів, при цьому кількість осіб, які потребують дану послугу, зросла лише в 1,5 рази.

№45. Поширеність ВІЛ-інфекції у середовищі трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення (у %). Повну інформацію щодо даного показника можна відстежити, починаючи з 2014 року. Середнє значення показника становить $2,1 \pm 0,4\%$.

№46. Відсоток осіб з числа представників групи трудових мігрантів та їхнього найближчого оточення, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати. Відмічаємо невисоке зростання даного показника у 2015–2016 роках (1,9% та 1,8% відповідно) стосовно оціночної кількості трудових мігрантів. В абсолютних цифрах зростання відбулося з 1796 осіб у 2013 році до 2460 осіб у 2016 році (в 1,4 рази).

№47. Співвідношення померлих від захворювань, пов'язаних з ВІЛ, до осіб, які отримують АРТ 12 місяців і більше (%). У 2015 та 2016 рр. померло від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, по 2 особи, які отримували АРТ більше 12 місяців, що склало відповідно 3,9% та 3,6% до осіб, що отримували АРТ 12 місяців і більше. Поодинокі абсолютні дані щодо померлих від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, які отримували АРТ 12 місяців і більше, можуть свідчити про позитивний вплив АРТ на рівень смертності в області від захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією .

№48. Захворюваність на СНІД за даними РЕН на 100 тис. населення, 2009–2016 рр. Спостерігаємо зростання захворюваності на СНІД у 2016 році в порівнянні з 2009 роком майже у 10 разів. Це обумовлено як внесенням змін в клінічну класифікацію щодо віднесення туберкульозу легень до четвертої клінічної стадії, так і підвищенням реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції на четвертій клінічній стадії.

№49–51 розраховано на осіб, які пройшли тестування на ВІЛ в громадській організації, відповідно, є її клієнтами та отримують послуги профілактики.

№49. Відсоток ЛВІН, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. зріс з 60,2 у 2013 році до 85 у 2016 році.

№50. Відсоток ОСБ, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. зріс у 2 рази, проте у 2016 році охопленими профілактичними програмами є лише третина ОСБ від оціночної кількості.

№51. Відсоток ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, 2013–2016 рр. Позитивне значення зафіксоване лише у 2014 році, коли реалізувалась діяльність в даному напрямку (охоплено послугами 10% ЧСЧ від оціночної кількості). В інші роки значення показника нульове, оскільки даний вид діяльності не здійснювався.