

**Звіт щодо оцінки Обласної цільової  
соціальної програми з протидії  
ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки у  
Херсонській області**

Авторський колектив:

Н. Риженко – головний лікар Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом

Т. Анікейчик – завідувач відділу профілактичної, організаційно-методичної роботи, епідмоніторингу, моніторингу та оцінки виконання програмних заходів Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом

Т. Резвих – лікар-епідеміолог відділу профілактичної, організаційно-методичної роботи, епідмоніторингу, моніторингу та оцінки виконання програмних заходів Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом

В Звіті представлені результати проведеної оцінки обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки в Херсонській області.

Звіт містить інформацію про основні тенденції індикаторів впливу на епідемію ВІЛ-інфекції за період 2009-2016 роки, основні сильні та слабкі сторони відповіді регіону на епідемію в Херсонській області в рамках виконання заходів обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки, а також описує пропозиції шляхів вирішення виявлених проблем.

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

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

## ЗМІСТ

|   |    |
|---|----|
| Перелік умовних скорочень   | 4  |
| 1. Виконавче резюме   | 6  |
| 2. Вступ  | 7  |
| 3. Методологія  | 8  |
| 3.1. Обласна цільова соціальна програма з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки в Херсонській області | 8  |
| 3.2. Методи оцінки  | 9  |
| 3.3. Інструменти  | 10 |
| 3.4. Залучення зацікавлених сторін  | 11 |
| 4. Основні результати   | 11 |
| 4.1. Стан епідемічної ситуації в Херсонській області станом на 01.01.2017 р.                                  | 11 |
| 4.2. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р.  | 17 |
| 4.3. Аналіз заходів Програми у відповідності до 5 напрямків ВООЗ  | 19 |
| 4.3.1. Напрямок 1. Антиретровірусна терапія   | 19 |
| 4.3.2. Напрямок 2. Консультування і тестування на ВІЛ   | 25 |
| 4.3.3. Напрямок 3. Профілактичні послуги для ЛВІН   | 26 |
| 4.3.4. Напрямок 4. Профілактичні послуги для ОСБ  | 28 |
| 4.3.5. Напрямок 5. Профілактичні послуги для ЧСЧ  | 30 |
| 5. Висновки   | 32 |
| 6. Рекомендації   | 36 |
| 7. План заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Херсонській області   | 42 |

Додаток: Таблиця вводу значень індикаторів

## Перелік умовних скорочень

|      |   |
|------|---|
| АРВП | антиретровірусні препарати  |
| АРП  | антиретровірусна профілактика                                     |
| АРТ  | антиретровірусна терапія  |
| ВДТБ | вперше діагностований туберкульоз                                 |
| ВГВ  | вірусний гепатит В  |
| ВГС  | вірусний гепатит С  |
| ВІЛ  | вірус імунодефіциту людини  |
| ВН   | вірусне навантаження  |
| ВООЗ | Всесвітня організація охорони здоров'я                            |
| ГПР  | групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ                     |
| ГФ   | Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією |
| ДОЗ  | Департамент охорони здоров'я                                      |
| ДУ   | державна установа   |
| ЕН   | епідеміологічний нагляд   |
| ЗОЗ  | заклади охорони здоров'я  |
| ЗПТ  | замісна підтримувальна терапія                                    |
| ІПСШ | інфекції, що передаються статевим шляхом                          |
| ІФА  | імуноферментний аналіз  |
| КГН  | ключові групи населення України                                   |
| КДЛ  | клініко-діагностична лабораторія                                  |
| КЗ   | комунальний заклад  |
| КіТ  | консультування і тестування                                       |
| ЛВІН | люди, які вживають ін'єкційні наркотики                           |
| ЛЖВ  | люди, які живуть з ВІЛ  |
| ЛЗ   | лікарські засоби  |
| МБФ  | Міжнародний благодійний фонд                                      |
| МіО  | моніторинг та оцінка  |
| МЛ   | міська лікарня  |
| МОЗ  | Міністерство охорони здоров'я                                     |
| МН   | медичний нагляд   |

|        |   |
|--------|---|
| НУО    | неурядова організація   |
| ОДА    | обласна державна адміністрація  |
| ОІ     | опортуністичні інфекції   |
| ООН    | Організація об'єднаних націй  |
| ОСБ    | особи, які надають сексуальні послуги за винагороду                       |
| ППМД   | профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини                            |
| ПТВ    | послуги з тестування на ВІЛ   |
| ПТС    | протитуберкульозна служба   |
| РЕН    | рутинний епідеміологічний нагляд  |
| РЦ МіО | регіональний центр моніторингу та оцінки                                  |
| СЕМ    | сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ                             |
| СНІД   | синдром набутого імунodefіциту  |
| ТБ     | туберкульоз   |
| ТМО    | територіальне медичне об'єднання  |
| УОЗ    | Управління охорони здоров'я   |
| ЦРЛ    | центральна районна лікарня  |
| ХОБФ   | Херсонський обласний благодійний фонд                                     |
| 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/СНІД |
| UNAIDS | Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу  |

## 1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

На сьогодні Україна належить до європейських країн з найвищим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції. У 2016 році Херсонська область займала 5 місце серед регіонів України за рівнем захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції. За період з 2004 р. по 2015 р. в Херсонській області було затверджено три регіональні цільові соціальні програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, однак не було проведено аналізу ефективності заходів жодної з програм.

З метою посилення відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надання обґрунтованих рекомендацій щодо формування Загальнодержавної та регіональних цільових соціальних програм з протидії ВІЛ/СНІД на 2019-2023 рр., протягом квітня-вересня 2017 року в Україні загалом та в Херсонській області зокрема проводилась оцінка діючих регіональних програм.

Оцінка обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки (далі – Програма) проводилась в рамках співпраці ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань.

Підхід у проведенні оцінки поєднував рекомендації ВООЗ, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз. Основний метод, що використовувався під час оцінки – кабінетне дослідження, за результатами якого, зокрема, проведена оцінка впливу заходів Програми на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні, здійснено аналіз результатів реалізації Програми за ключовими напрямками ВООЗ (АРТ, КіТ на ВІЛ, профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН, ОСБ та ЧСЧ) та побудовано крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р. Під час робочої зустрічі зацікавлених сторін обговорено попередні результати оцінки та сформовано відповіді на відкриті запитання, що виникли в рамках кабінетного дослідження.

За підсумками оцінки сформовані пропозиції щодо забезпечення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, послуг з лікування, догляду і підтримки ЛЖВ у рамках реформування системи охорони здоров'я – як на національному, так і на регіональному рівнях.

В рамках підготовки Програми на 2019-2023 рр. в Херсонській області, результати проведеної оцінки слугують основним джерелом стратегічної інформації.

Також, інформація, представлена в даному Звіті, може використовуватися з метою інформування зацікавлених сторін щодо ходу реалізації Програми та її основних результатів; для раціонального розподілу фінансових та управлінських ресурсів, підвищення якості результатів Програми; для обґрунтування у прийнятті рішень щодо внесення змін в діючу Програму тощо.

## 2. ВСТУП

Оцінка Програми проводилась фахівцями відділу профілактичної, організаційно-методичної роботи, епідмоніторингу, моніторингу та оцінки виконання програмних заходів Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – Центр СНІДу) за організаційно-методичної підтримки ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Необхідність проведення такої оцінки зумовлено низкою причин. По-перше, незважаючи на досягнення в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, за період дії Програми (2015-2016 роки) зареєстровано зростання показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення (на 12,5%), показника поширеності ВІЛ-інфекції (на 11,9%), показника смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ (у 2 рази). Станом на початок 2017 року в області спостерігається недостатня ефективність програмних заходів, на що вказує пізнє виявлення та несвоєчасність залучення до медичного нагляду ВІЛ-позитивних осіб; недостатнє охоплення АРТ; обмеження моніторингу лікування тощо. Продовжує зберігатися роль КГН у поширенні ВІЛ-інфекції, зокрема, зростає роль ЧСЧ. За останні роки в області збільшилась роль статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція – питома вага статевого шляху передачі за період 2009-2016 рр. збільшилась з 47,9% до 61,9%; відповідно частка парентерального шляху передачі зменшилась з 33,5% до 20,4% відповідно. Складна соціально-економічна ситуація як в області, так і в цілому по Україні, мають не останнє значення у поширенні ВІЛ-інфекції.

При підготовці нової Програми на 2019-2023 роки важливо брати до уваги актуальну інформацію про досягнення та проблеми в ході виконання заходів діючої Програми. Також, в рамках виконання цілей «90-90-90» важливо, щоб наступна Програма була спрямована на досягнення даних цілей.

Таким чином, основною метою оцінки Програми є посилення відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Проведення оцінки ставило перед собою наступні завдання:

- проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, стан досягнення цільових індикаторів регіональної Програми, індикаторів Плану МіО ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, цільових показників «90-90-90»;
- проаналізувати стан виконання заходів Програми за п'ятьма ключовими напрямками ВООЗ;
- проаналізувати стан виконання заходів Програми, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги;
- визначити та проаналізувати основні перешкоди та сприятливі фактори для досягнення індикаторів впливу та цільових показників МіО;
- сформулювати ряд рекомендацій щодо підготовки регіональної Програми на 2019–2023 рр. або внесення змін до діючої Програми для

забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на рівні Херсонської області.

За результатами оцінки підготовлено Звіт, що містить основні підсумки проведеної оцінки та рекомендації щодо підвищення ефективності регіональної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, які, зокрема, представлені в Плані заходів.

Таким чином, результати оцінки Програми щодо її досягнень та слабких сторін, будучи джерелом стратегічної інформації, дозволяють запропонувати найбільш дієві та оптимальні шляхи ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в рамках заходів майбутньої Програми на 2019-2023 роки.

Також результати оцінки можуть використовуватися як підстава для внесення змін в діючу Програму, під час планування та впровадження нових, додаткових заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні, під час розробки нових показників виконання Програми.

### **3. МЕТОДОЛОГІЯ**

#### **3.1. Обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки в Херсонській області**

Відповідно до Закону України від 20 жовтня 2014 року №1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» (далі – Загальнодержавна Програма), розпорядженням голови Херсонської ОДА від 19.12.2014 №933 «Про проект обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки» схвалено проект Програми, яка затверджена рішенням ХХХІV сесії шостого скликання Херсонської обласної ради від 29.04.2015 р.

Метою Програми є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки ЛЖВ у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Передбачено, що виконання Програми дасть змогу: зменшити на 50% кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед КГН; зменшити до 1% кількість випадків інфікування ВІЛ внаслідок ППМД; забезпечити доступ представників КГН до участі у профілактичних програмах; охопити 100% учнів та студентів під час виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя; забезпечити ЛЖВ медичними та соціальними послугами з догляду та підтримки; зменшити на 50% смертність від ТБ серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/ТБ; залучити до постійної участі у програмах ЗПТ не менш як 35% ЛВІН, які цього потребують, а також до участі у програмах їх реабілітації та ін.

Основними виконавцями Програми є ДОЗ Херсонської ОДА, департамент фінансів Херсонської ОДА, департамент соціального захисту населення Херсонської ОДА, управління освіти, науки і молоді Херсонської



ОДА, служба у справах дітей Херсонської ОДА, обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, обласна державна телерадіокомпанія, райдержадміністрації, міськвиконкоми, НУО.

Стан виконання Програми оцінюється за 18 показниками, з них 10 медичні та 8 немедичні.

Фінансове забезпечення заходів Програми передбачено за рахунок коштів державного, місцевого бюджетів, а також бюджету ГФ.

### 3.2. Методи Оцінки

Основні етапи проведення оцінки Програми:

- підготовчий етап;
- кабінетне дослідження;
- проведення робочої зустрічі зацікавлених сторін (як елемент якісного дослідження);
- аналіз та синтез даних;

підготовка Звіту про результати оцінки Програми, презентацій та публікацій, а також їх поширення серед зацікавлених сторін.

В рамках **підготовчого етапу** було сформовано склад регіональної команди з оцінки. На засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 06.04.2017 р. було представлено протокол оцінки та поінформовано зацікавлені сторони про початок процесу, їх роль та можливість участі. На даному етапі регіональна команда отримала погодження на проведення оцінки Програми від ДЗОЗ Херсонської ОДА, про що було засвідчено в офіційному листі на ім'я Генерального директора ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

На етапі **кабінетного дослідження** члени команди з оцінки детально ознайомилися з регіональними Програмами за період 2009-2013 рр. та 2015-2018 рр.; визначили перелік індикаторів впливу діючої Програми; забезпечили процес збору та систематизації кількісних даних, які необхідні для отримання відповідей на запитання щодо реалізації п'яти обраних напрямків ВООЗ, розрахунку значень всіх індикаторів, побудови крос-секційного каскаду лікування; надіслали запити щодо уточнення даних та отримання додаткової інформації, що необхідна для оцінки Програми; провели обчислення значень індикаторів; здійснили розрахунок каскадних індикаторів та побудували крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р. по Херсонській області.

В ході кабінетного дослідження було здійснено аналіз тенденцій (позитивна, негативна, стабільні значення) індикаторів впливу за період 2009-2016 рр; аналіз досягнення цільових значень (за наявності) індикаторів діючої Програми; аналіз каскадних індикаторів в напрямку досягнення цілей «90-90-90».

Проведення кабінетного дослідження дало можливість оцінити вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу, включаючи індикатори впливу Плану МіО ефективності виконання діючої Загальнодержавної Програми.

Оцінка п'яти напрямків заходів Програми – АРТ (включно з АРТ для КГН та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ), КіТ на ВІЛ (включно з КіТ серед КГН), профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН, профілактичні ВІЛ-сервіси для ОСБ, профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ – здійснювалась шляхом відповідей на п'ять питань, які пропонує ВООЗ:

1. Чи приводять заходи Програми, які виконуються, до змін в області?
2. Чи охоплені заходами потрібні люди?
3. Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?
4. Чи правильно виконуються ці заходи?
5. Чи заходи, які виконуються, є релевантними/правильними?

За результатами кабінетного дослідження сформовано попередні результати оцінки (сильні та слабкі сторони Програми, можливі причини останніх), а також сформовано перелік питань, що потребують відповідей та додаткового вивчення.

Попередні результати оцінки були представлені до обговорення учасникам **робочої зустрічі зацікавлених сторін** (детальніше про зустріч – в розділі 3.4. «Залучення зацікавлених сторін»).

На етапі **аналізу та синтезу даних**, опираючись на результати проведеної одноденної робочої зустрічі, сформовано відповіді на основні дослідницькі питання, що виникли в ході оцінки.

Етап **підготовки Звіту про результати оцінки Програми, презентацій та публікацій, а також їх поширення серед зацікавлених сторін** складався з кількох послідовних підетапів, що мали результатом: підготовлений Звіт щодо оцінки Програми, підготовлені та розміщені інформаційні повідомлення про результати оцінки на веб-сайтах організацій – основних зацікавлених сторін.

### 3.3. Інструменти

Основні інструменти, що використовувались під час проведення кабінетного дослідження – таблиця з переліком індикаторів та порядком їх обрахунку, таблиця вводу значень індикаторів, інструмент з побудови крос-секційного каскаду лікування, матриця аналізу даних.

Збір інформації, в рамках кабінетного дослідження, відбувався шляхом використання таких джерел:

- дані сероепідмоніторингу;
- дані рутинного епідагляду;
- статистичні форми звітності, якщо затверджені наказами МОЗ України;
- первинна облікова документація;
- дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень (за період 2009-2015 рр.);
- дані головного управління статистики у Херсонській області;
- дані прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу у програмі SPECTRUM;
- дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я (електронна база даних SYREX);

- звіти МБФ «Альянс громадського здоров'я» (опубліковані щорічні звіти);
- звіти щодо стану виконання Програми на 2015-2018 рр.

### **3.4. Залучення зацікавлених сторін.**

У серпні 2017 року було проведено робочу зустріч зацікавлених сторін з обговорення попередніх результатів оцінки Програми. У зустрічі взяли участь представники ДОЗ Херсонської ОДА, КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер», КУ «Обласний наркологічний диспансер», Херсонського обласного центру громадського здоров'я, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша», обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Херсонської міської громадської організації «Асоціація 21 століття», Херсонського обласного БФ «Мангуст», обласного відділення ВБО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ».

Для учасників зустрічі регіональна команда представила результати проведеного аналізу індикаторів впливу на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в області. Також до обговорення учасникам було винесено ряд питань, що потребують відповідей та додаткового вивчення. Присутніми на зустрічі зацікавленими сторонами було визначено основні кроки подальшої роботи в напрямку завершення оцінки Програми.

За результатами зустрічі сформовано ряд рекомендацій, які безпосередньо стосуються «вузьких» місць Програми, її слабких сторін, прогалин в організаційній, лікувальній, профілактичній роботі, сумісних питаннях партнерських організацій. Рекомендації та пропозиції озвучені учасниками зустрічі стали частиною цього Звіту.

## **4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ**

### **4.1. Стан епідемічної ситуації в Херсонській області станом на 01.01.2017 р.**

За період 1987-2016 рр. серед жителів Херсонської області офіційно зареєстровано 7911 випадок ВІЛ-інфекції, у тому числі 1937 випадків СНІДу. Станом на 01.01.2017 р. загальна кількість померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ становила 538 осіб.

Станом на 01.01.2017 р. під медичним наглядом в лікувально-профілактичних закладах області знаходилося 4214 ВІЛ-інфікованих, у тому числі 285 дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями (з них 97 дітей із підтвердженим клінічним діагнозом ВІЛ-інфекція та 188 дітей у стадії підтвердження діагнозу). Серед тих, хто перебував під медичним наглядом – 897 осіб з діагнозом СНІД, з яких 16 дітей.

За 2016 рік, у порівнянні з 2015 роком, в Херсонській області показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення зріс на 12,3% (хоча за період з 2009 по 2015 роки захворюваність на ВІЛ-інфекцію мала тенденцію до зниження). Також в області на 13,1% зросла захворюваність на СНІД.

Захворюваність на поєднану патологію ТБ/ВІЛ в останні роки має практично стабільні значення. Протягом 2011-2015 рр. серед ЛВІН вікової групи 15-24 роки зменшилась питома вага ВІЛ-інфікованих осіб - з 10,5% до 8,8%.

В цілому значення показника поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення у 2016 році (399,3) перевищило значення даного показника 2015 року (378,8). Темп приросту склав +4,9%.

За період з 2009 по 2013 роки поширеність ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15-24 роки зростає з 0,35% до 0,56% відповідно. Однак протягом 2014-2016 рр. даний показник мав тенденцію до зниження та показник 2016 року (0,36%) все одно не досяг цільового значення Програми 0,30%. Показник поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок з 2011 року має стабільне незначне зростання.

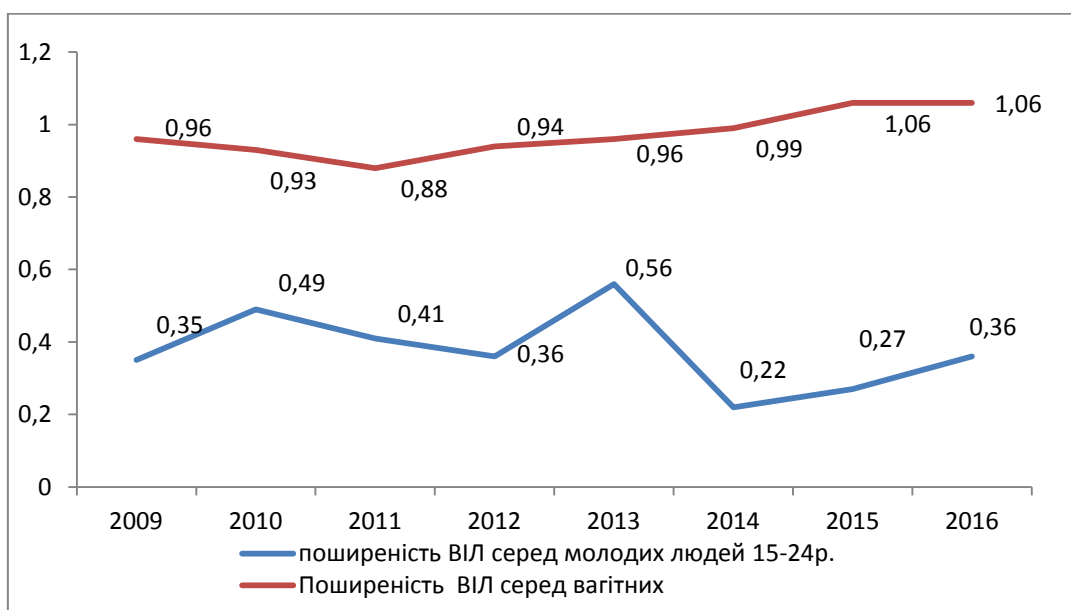


Рисунок 1. Поширеність ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15-24 роки та серед вагітних за 2009-2016 роки по Херсонській області

Обидва показники є проксі-індикаторами епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, та за рекомендаціями ЮНЕЙДС, рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних достатньо точно відображає рівень інфікованості серед репродуктивної частини населення, а показник поширеності ВІЛ серед молодих людей віком 15-24 роки – серед сексуально активної частини населення.

Показник смертності від СНІДу в області, за період 2016 року зріс у 2,1 рази та станом на 01.01.2017 р. становив 7,0 на 100 тис. населення проти 3,3 у 2015 році. Загальна кількість померлих від СНІДу у 2016 році склала 74 особи проти 35 осіб у 2015 році. З 2006 року в області не реєструвалась смертність від СНІДу серед дітей.

Основною причиною смерті у хворих на СНІД залишається туберкульоз. Так, показник смертності від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ на 100 тис. населення зріс з 4,3 у 2009 році до 5,9 у 2016 році (при цільовому значенні показника Програми 2016 року 4,5). Щорічно залишається

високою загальною смертністю ЛЖВ серед осіб віком 15+ на 100 тисяч населення (2009 р. – 13,1; 2012 р. – 16,99; 2016 р. – 21,1).

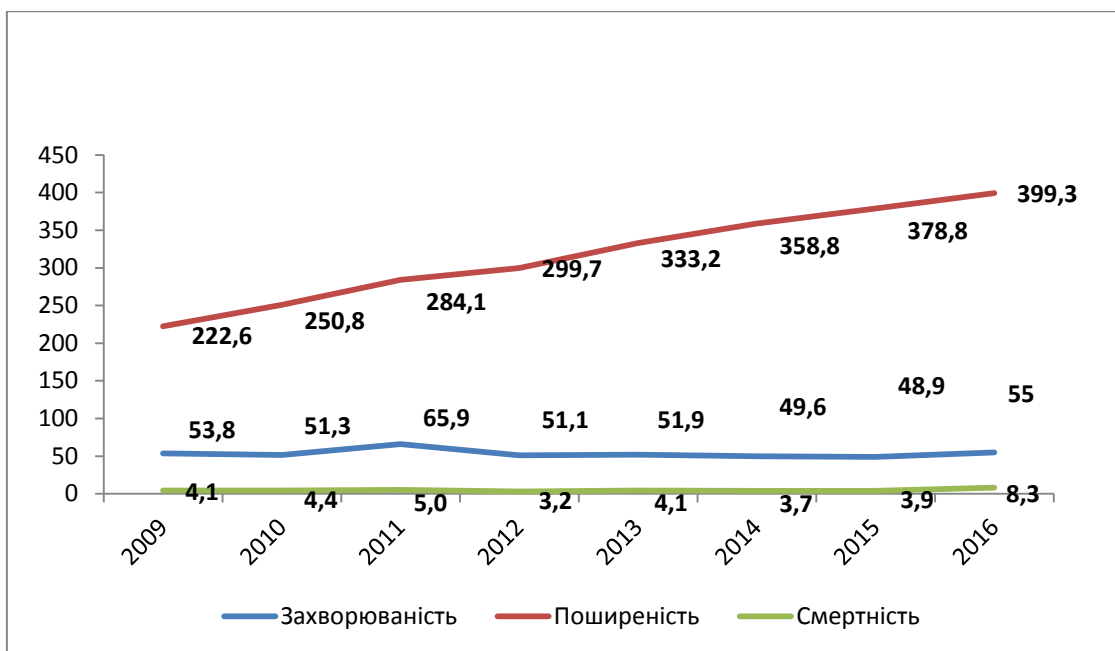


Рисунок 2. Рівень захворюваності на ВІЛ, поширеності ВІЛ-інфекції та смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, по Херсонській області.

Протягом 2010-2016 років серед нових випадків ВІЛ-інфекції в області зменшився відсоток осіб, які мали I та II клінічну стадію ВІЛ-інфекції. Має місце тенденція зростання питомої ваги ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції протягом 2013-2016 рр. (2013 рік – 31,6%, 2016 рік – 47,5%, що значно перевищує показник цільового значення – 40%).

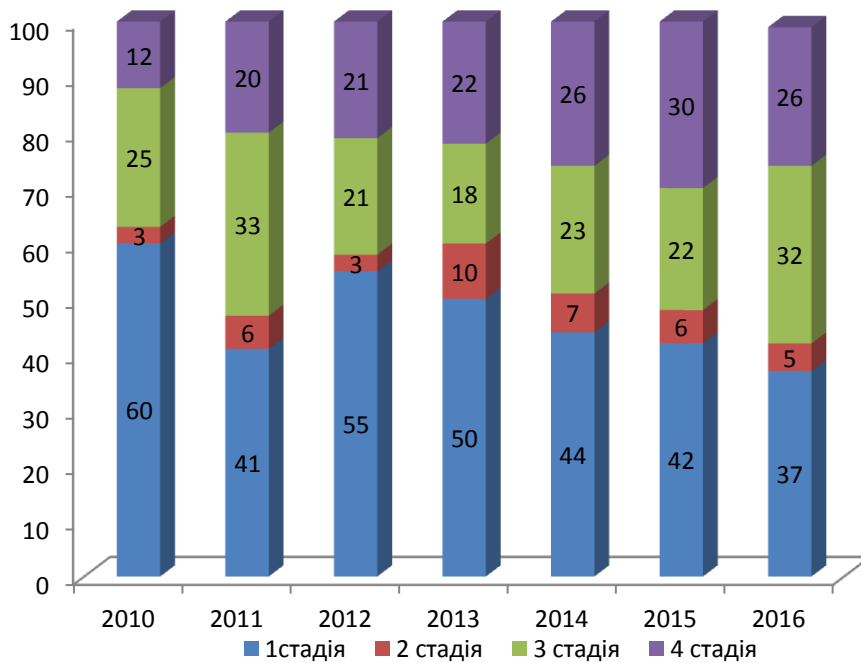


Рисунок 3. Питома вага нових випадків ВІЛ-інфекції, які було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях протягом 2010-2016рр. (%).

У 2016 році, в порівнянні з 2015 роком, в області погіршився показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-інфікованих осіб - з 85,0% до 72,1%.

Забезпечення рівного доступу представників КГН, а також загального населення до лікувальних та профілактичних послуг є пріоритетом державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. У Херсонській області щорічно зростає кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які на теперішній час його отримують: 2013р. – 1308 осіб, 2016р. – 2250 осіб. У 2016 році у порівнянні з 2015 роком відбулося зменшення охоплення АРТ хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ – з 67,9% до 59,6% відповідно. Протягом 2013-2016 рр., при зростанні загальної кількості осіб, які отримують АРТ, зросла також частка ЛВІН, які отримують АРТ - з 15,5% до 21,4%.

Оцінка ефективності лікування здійснюється шляхом когортного аналізу через 6, 12, 24, 36 і т.д. місяців з початку лікування. Узагальнені дані когортного аналізу за період 2013-2015 рр., продемонстрували, що через 12 місяців після початку АРТ, продовжували отримувати АРТ відповідно 81,5%, 82,8%, 81,5% хворих. Разом з цим охоплення АРТ від активної диспансерної групи щорічно значно зростає: від 48,3% у 2013 році до 74,1% у 2016 році.

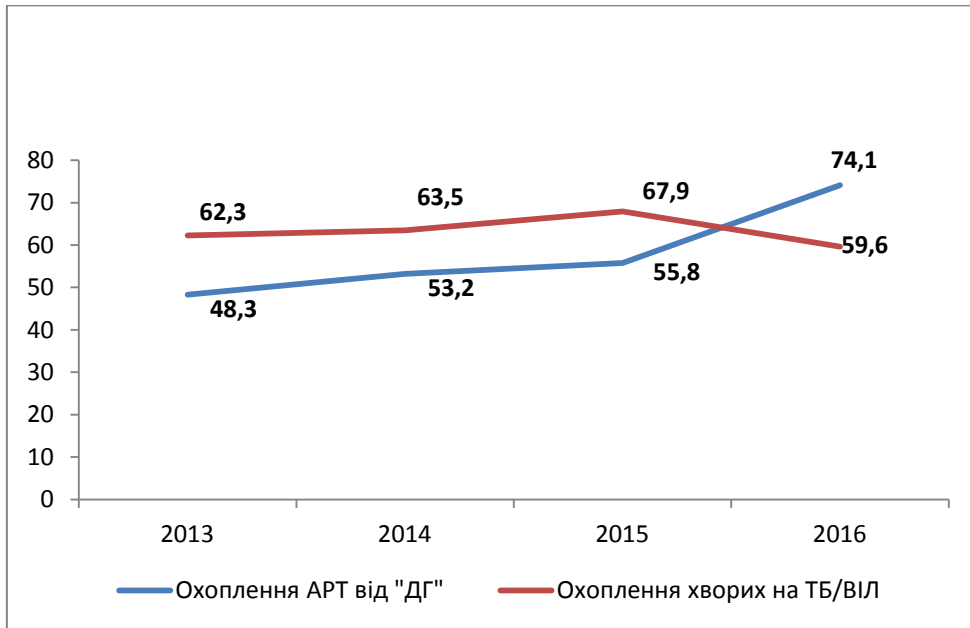


Рисунок 4. Охоплення АРТ від активної диспансерної групи (%) та охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ (%).

При високих показниках захворюваності на ТБ по Херсонській області велике значення має профілактика туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих мешканців, яка проводиться ізоніазидом. Показники охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи щорічно покращуються: 37,7% у 2013 р. та 67,4% у 2016 р.

Важливу роль в контексті утримання та лікування АРТ, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, профілактичного лікування ОІ серед ЛЖВ відіграє охоплення ЛЖВ послугами догляду та підтримки. Хоча відсоток охоплення зріс з 37,5% у 2013 році до 69,8% у 2016 році, проте він значно нижчий за цільове значення даного показника (2016 р. – 80%).

За роки впровадження АРТ в Херсонській області найбільш ефективними виявилися заходи, що спрямовані на профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини. За період з 2010 по 2013 роки даний показник в області щорічно був кращим за цільове значення показника Програми, проте у 2014 році він зріс до 3,54% та став гірше цільового значення.

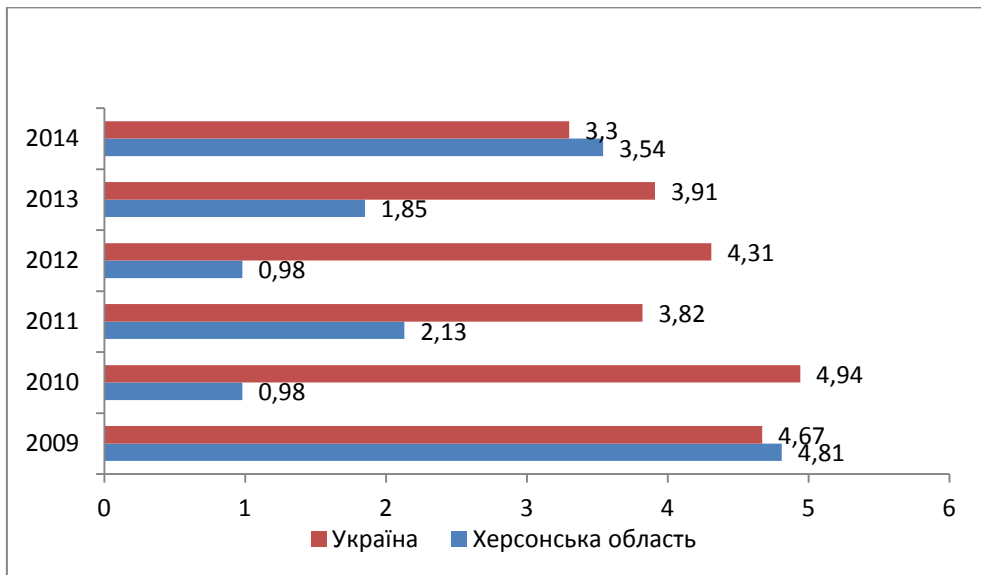


Рисунок 5. Динаміка показника передачі ВІЛ від матері до дитини (%).

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, протягом 2009-2015 рр. серед ЛВІН зменшився рівень поширення ВІЛ-інфекції з 26,7% до 21,2% (відсоток позитивних результатів від кількості протестованих на ВІЛ осіб). Також за цей період зменшився відсоток ОСБ, які живуть з ВІЛ з 11% до 7,2% відповідно. В той же час за аналогічний період зріс відсоток ЧСЧ, які живуть з ВІЛ - з 5% до 9%.

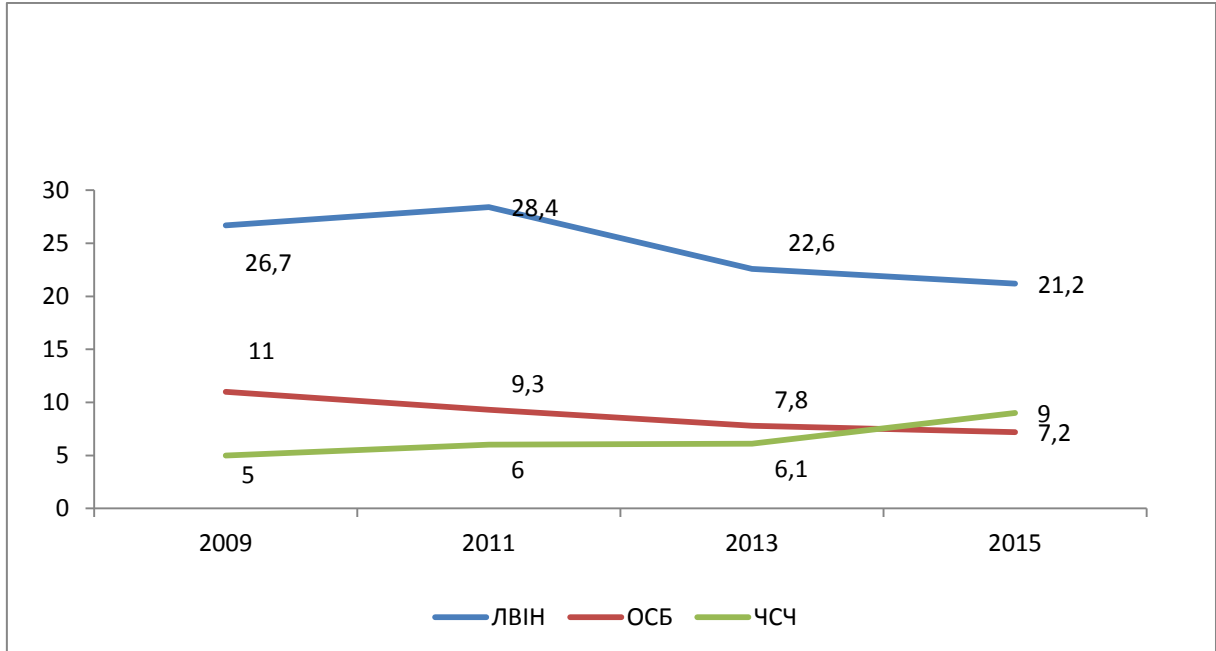


Рисунок 6. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ (%).

За даними програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я», за період 2011-2015 рр., в області зріс відсоток охоплення профілактичними програмами ЛВІН з 31,7% до 50%. У 2015 році, у порівнянні з 2013 роком, на 14,5% зменшилося охоплення ОСБ профілактичними



програмами (64,5% та 50% відповідно). Також, за вказаний період, на 25,6% знизився рівень охоплення ЧСЧ профілактичними програмами.

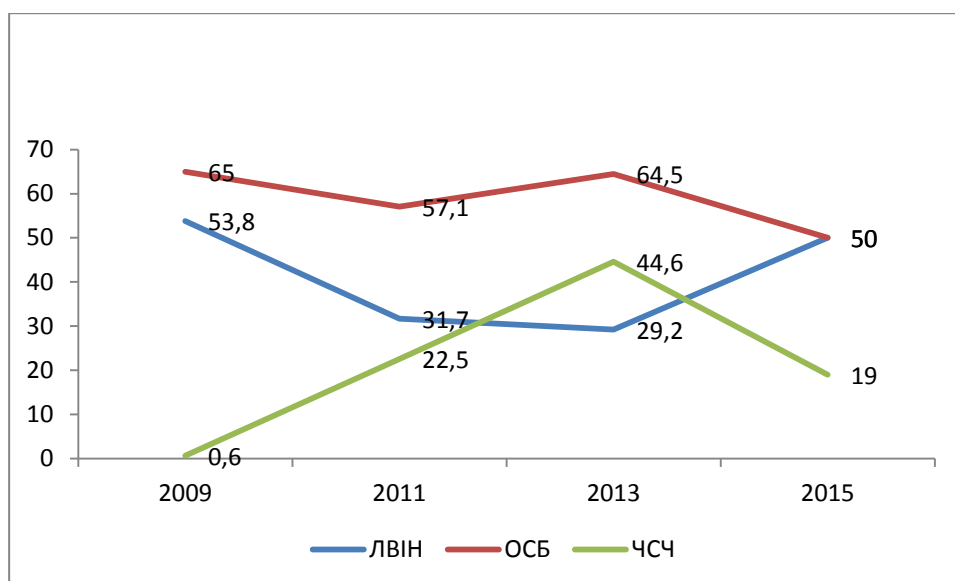


Рисунок 7. Охоплення ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ профілактичними програмами (%).

Одним із заходів профілактики ВІЛ-інфекції серед КГН є тестування на ВІЛ, однак серед ЛВІН та ОСБ воно проводиться недостатньо. За даними інтегрованих біоповедінкових досліджень та даних, що надає МБФ «Альянс громадського здоров'я», охоплення ЛВІН послугами КіТ на ВІЛ у 2013 р. складало 36,6%, у 2015 р. – 32,3% (при цільовому значенні показника у 2016 р. 45,0%). Охоплення ОСБ послугами КіТ на ВІЛ у 2013 році складало 73,4%, у 2015 році 46,5% (при цільовому значенні показника у 2016 р. 65%). В той же час відсоток ЧСЧ, охоплених КіТ на ВІЛ у 2015 році (54%) залишився на рівні 2013 року та перевищив цільове значення показника у 2016 р. (45%).

Фактичне фінансування Програми на заходи з проведення КіТ на ВІЛ з обласного бюджету, за період дії Програми 2009-2013 рр., було нижче запланованого і не досягало 100% в жодному році. У діючій Програмі, протягом 2014-2016 рр., фактичне фінансування відповідало запланованому.

Фінансування заходів на лікування АРТ з державного бюджету по роках було нерівномірним за період 2009-2016 рр. та лише у 2010, 2015, 2016 роках було нижче 100%. Більш детальну інформацію щодо фінансування на заходи з КіТ та АРТ представлено на рисунку 8.

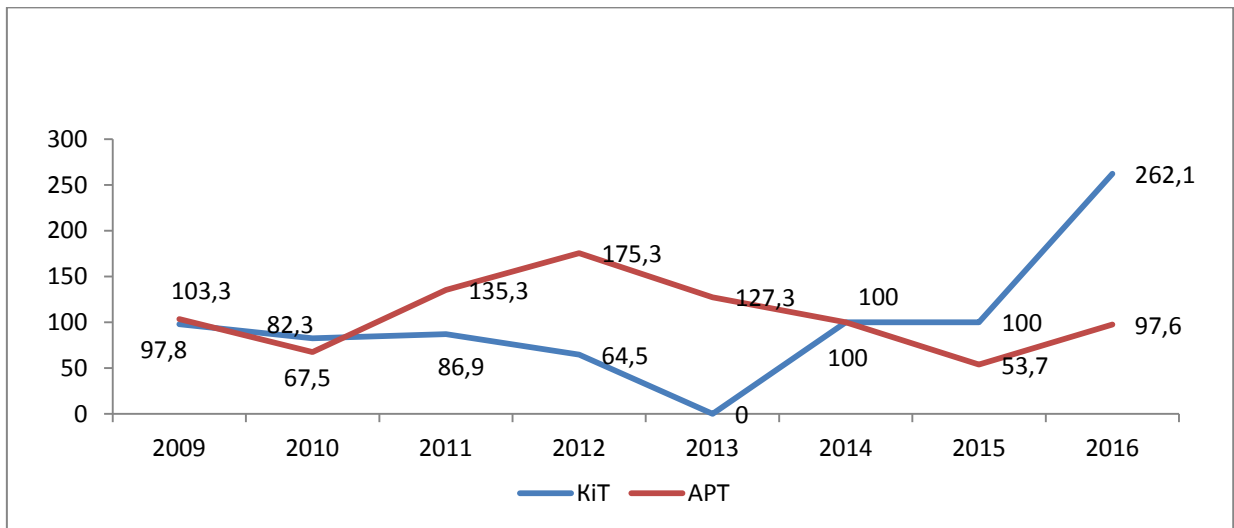


Рисунок 8. Фактичне фінансування КіТ з обласного бюджету та АРТ з державного бюджету по Херсонській області (%).

Фінансування заходів на придбання тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції було закладено у бюджетах відповідних програмах (2009-2013 рр., 2014-2018 рр.). Розрахунки фактичного фінансування з Державного бюджету на придбання АРВП проводяться від щорічної квоти, яку надає МОЗ України.

Реалізація заходів діючої Програми мала позитивний вплив на ряд показників. Так, темпи захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. населення за період з 2009 по 2015 роки, мали тенденцію до зниження. Захворюваність на поєднану патологію ТБ/ВІЛ в останні роки має практично стабільні значення. Не зафіксовано жодного випадку смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ серед дітей. За 2 роки в області розширено мережу закладів, на базі яких надаються послуги з АРТ, що є причиною зростання кількості ЛЖВ, які отримують АРТ.

Разом з цим за період 2015-2016 роки виявлені слабкі сторони Програми. Так, у 2016 році в області відбулося зростання показників поширеності та захворюваності на ВІЛ-інфекцію, смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Щорічно в області зростає поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних. У 2016 році зріс показник передачі ВІЛ від матері до дитини. Знизився показник охоплення медичним наглядом ЛЖВ. Щорічно зростає питома вага ЛЖВ, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції. Наявний недостатній рівень охоплення АРТ ЛЖВ, КіТ на ВІЛ та профілактичними програмами КГН, ЛВІН програмами ЗПТ.

#### 4.2. Крос-секційний каскад лікування в Херсонській області станом на 01.01.2017 р.

Світова політика в сфері протидії поширенню ВІЛ-інфекції прагне до досягнення мети «90-90-90»: 90% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій ВІЛ-позитивний статус; 90% людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, знаходяться на лікуванні; 90% людей, які перебувають на лікуванні, мають невизначений рівень вірусного навантаження. Херсонська область

активно долучилась до заходів по досягненню цієї мети, однак станом на 01.01.2017 р. у Херсонському регіоні дані показники не досягнені.

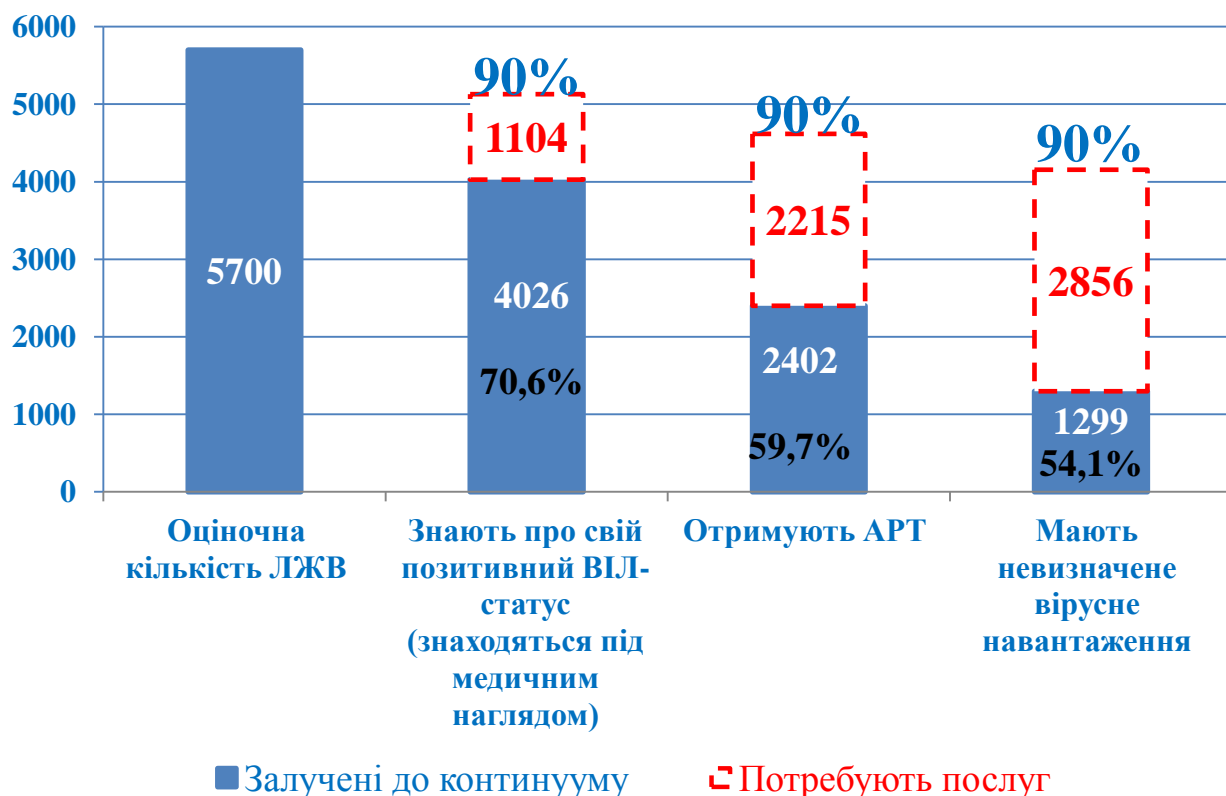


Рисунок 9. Каскад лікування станом на 01.01.2017 р. у Херсонській області.

За даними Центру СНІДу, станом на 01.01.2017 р. під медичним спостереженням всього перебувають 4026 ЛЖВ (без врахування дітей, що знаходяться у стадії підтвердження діагнозу). За результатами розрахунків у програмі Spectrum/ERP 5.5 оціночна чисельність ЛЖВ у Херсонській області становить 5700 осіб, що затверджено рішенням обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 06.04.2017 №1 «Про стан виконання заходів та завдань обласних програм протидії захворюванню на туберкульоз та ВІЛ-інфекції/СНІДу у Білозерському районі. Затвердження оціночної чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та ключових груп ризику в регіоні».

На каскаді станом на 01.01.2017 р. знають про свій позитивний статус 4026 осіб віком 15+ (без врахування дітей, які знаходяться у стадії підтвердження діагнозу), що складає 70,6% від оціночної кількості ЛЖВ.

Загальна кількість ЛЖВ, які отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р., в Херсонській області становить 2402, що складає 59,7% від 90% тих ЛЖВ, хто отримує доступ до лікування. За умови досягнення цілі, станом на початок 2017 року АРТ мали б отримувати 4617 ЛЖВ.

Станом на 01.01.2017 р. загальна кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 6 місяців та досягли невизначеного рівня вірусного навантаження ВІЛ (ВН < 40

РНК копій/мл), складає 1299 (22,8% від оціночної кількості ЛЖВ). Частота вірусологічної ефективності лікування (кількість осіб, які досягли невизначеного рівня ВН ВІЛ (1299), від кількості осіб, які отримували АРТ не менше 6 місяців (2402) у 2016 році у Херсонській області склала 54,1% (по Україні – 80,2%) та 31,3% від цілі 90% (а це повинно бути 4155 осіб, які мають невизначене вірусне навантаження).

В результаті проведеного каскадного аналізу встановлено, що система надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, в напрямку досягнення цілей «90-90-90», в Херсонській області є недостатньою. Серед основних прогалин у системі виявлено наступні:

- недостатня забезпеченість медичними кадрами ЗОЗ області, що надають послуги для ЛЖВ;
- відсутність достатньої кількості створених окремих структурних підрозділів - кабінетів «Довіра» - у ЦРЛ.
- недостатня кількість ШТ, закуплених за кошти місцевих бюджетів;
- невисокий рівень зацікавленості ЦПМСД у проведенні КіТ, визначенні КГН та їх подальшого лікування;
- доставка аналізів до Центру СНІДу із ЗОЗ області проводиться лише 1-2 рази на місяць;
- неможливість організації соціального супроводу через відсутність соціальних працівників у штатних розписах ЗОЗ на більшості сайтів АРТ;
- відсутність проектної діяльності НУО у районах області в напрямку супроводу АРТ;
- пацієнти, які вже давно на обліку, мають багато упереджень щодо АРТ, та відмовляються від лікування;
- високий відсоток осіб, які залишають АРТ із-за невисокої прихильності до лікування та інших причин;
- трудова міграція, що має місце в області.

#### **4.3. Аналіз заходів Програми у відповідності до 5 напрямків ВООЗ.**

Аналіз заходів Програми за кожним із п'яти напрямків ВООЗ відбувався шляхом надання відповідей на ключові запитання, а саме: чи приводять заходи Програми, які використовуються, до змін у Херсонській області?; чи охоплені заходами потрібні люди?; чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?; чи правильно виконуються ці заходи?; чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?. Нижче представлені відповіді на дані запитання за кожним із напрямків.

##### **4.3.1. Напрямок 1. Антиретровірусна терапія.**

**1.1. Чи приводять заходи Програми, які виконуються, до змін у Херсонській області?**

Прийом АРТ має безпосередній вплив на рівень смертності серед ЛЖВ. В області показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, зростає, у тому числі серед хворих, яким діагноз ВІЛ-інфекція поставлено в тому ж поточному році. У більшості хворих причиною смерті став туберкульоз ( 2016 р. – 76,5%).

Результати проведеного каскадного аналізу смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб, за період з 2013-2016 рр., продемонстрували, що з числа усіх померлих від СНІДу, лише 28,5% пацієнтів отримували АРТ, а 13,9% від загальної кількості померлих осіб отримували АРТ протягом тривалого періоду (більше 12 місяців).

З числа ЛЖВ, які отримували АРТ, основною причиною смерті, яка безпосередньо пов'язана з ВІЛ-інфекцією, була ко-інфекція ТБ/ВІЛ (2013 р. – 90,9%, 2016р. – 42,1%).

У 2016 році в області досягнуто цільове значення показника Програми «кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ» - станом на 01.01.2017 р. АРТ отримували 2250 осіб (при цільовому значенні - 2190 осіб). Розрахунки даного показника проводились з урахуванням темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції у III-IV клінічних стадіях, щорічних темпів приросту охоплення АРТ, спроможностей лікарів СНІД-центру до призначення АРТ, своєчасності отримання АРВП. У зв'язку із зміною нормативної бази з призначення АРТ в напрямку досягнення цілей «90-90-90» у теперішній час охоплення хворих на ВІЛ-інфекцію АРТ в області недостатнє, станом на 01.01.2017 не отримали АРТ 2215 ЛЖВ, які потребували її. В цілому, виконання заходів Програми позитивних змін по основних напрямках не спричинили. Показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ у 2016 році в області зріс. Через недостатнє охоплення АРТ щорічно вмирають ЛЖВ, які потребують АРТ, але не розпочинають її.

## **1.2. Чи охоплені заходами потрібні люди?**

За період 2013–2016 рр. кількість осіб, які отримують АРТ, збільшилась на 72% – з 1308 осіб до 2250 осіб. Показник охоплення АРТ ЛЖВ склав у 2016 році 55,9% від всіх пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом (43,9% від оціночної кількості ЛЖВ). Питома вага охоплення ЛВІН/ЛЖВ, які отримують АРТ, серед загальної кількості ЛЖВ, отримуючих АРТ, зросла з 15,5% у 2013 році до 21,4% у 2016 році. Проте у програмі ЗПТ ЛЖВ/ЛВІН у 2016 році охоплені АРТ на 74,4%.

Разом з цим мають місце відмови від лікування АРТ. Серед основних причин цього - не сприйняття свого ВІЛ-статусу, задовільне самопочуття, міфи про ускладнення від АРТ, зайнятість на роботі, вживання наркотичних речовин або алкоголю, віддаленість місця проживання від найближчого сайту АРТ-терапії, відсутність соціального супроводу в районах області тощо.

Дана ситуація є несприятливою для виконання цілей стратегії “FastTrack” та на даний час в області необхідно було б залучити до АРТ ще 2215 ЛЖВ.

Проведена в області децентралізація, зокрема протягом 2015-2016 рр., мала наслідком розширення доступу ВІЛ-інфікованих хворих до отримання

АРТ. Однак відсутність необхідної кількості АРВП, що відповідала б існуючим потребам, високий рівень відмов ЛЖВ в отриманні АРТ є перешкодою у досягненні цільового показника Програми.

Станом на початок 2017 року рівень охоплення АРТ ЛЖВ в області є недостатнім. Загальна кількість ЛЖВ з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, які отримували АРТ, станом на 01.01.2017 р. склала 59,6

### **1.3. Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі).**

З метою розширення доступу ВІЛ-інфікованих до АРТ в Херсонській області, протягом 2009-2016 рр., проведена робота по децентралізації надання послуг ВІЛ-інфікованим. Якщо у 2004 р. АРТ призначалось тільки фахівцями Центру СНІДу, то станом на 01.07.2017 р. АРТ призначалось вже на 11 сайтах, на базі 10 ЗОЗ видавалися АРВП, у 4 ЗОЗ - проводився супровід хворих, які приймають АРТ.

Станом на 01.01.2017 р. в Херсонській області відкриті та здійснюють діяльність 11 сайтів АРТ-терапії (на базі Центру СНІДу, Каховської ЦРЛ, КЗ «ЦМЛ м.Нова Каховка, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім.О.С.Лучанського», КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша», КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім.О.і А. Тропіних», КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер», Олешківської ЦРЛ, Великоолександрівської ЦРЛ, КУ «Бериславська ЦРЛ», КП «Великопетиська ЦРЛ»), 10 – пунктів видачі АРВП (КЗ «Нововоронцовська ЦРЛ», Новотроїцька ЦРЛ, Іванівська ЦРЛ, Нижньосірогозька ЦРЛ, Скадовська ЦРЛ, Верхньорогачицька ЦРЛ, КЗ «Генічеська ЦРЛ», Голопристанська ЦРЛ, Каланчацька ЦРЛ, КЗ «Обласний наркологічний диспансер»). Однак, зазначеної кількості не в повній мірі достатньо для забезпечення доступності АРТ для всіх, хто цього потребує.

Також, відсутність достатньої кількості лікарів-інфекціоністів в кабінетах «Довіра» та в КІЗах має негативний вплив на забезпечення доступу (Каховська ЦРЛ, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім.О.С.Лучанського», Олешківська ЦРЛ, Великоолександрівська ЦРЛ, КУ «Бериславська ЦРЛ», КП «Великопетиська ЦРЛ»).

Враховуючи вище зазначене можна зробити висновок, що заходи в області виконуються не в повному обсязі.

### **1.4. Чи виконуються ці заходи правильно?**

Послуги з догляду та підтримки ЛЖВ в області здійснюються Херсонською міською ГО «Асоціація 21 століття» в рамках проектної діяльності. Проте надання даної послуги зосереджено лише в обласному центрі та Скадовському районі, де є консультативний пункт. Пацієнти, які проживають в інших адміністративно-територіальних одиницях області, залишаються неохопленими послугами. Зазначене є свідченням необхідності розширення географії надання послуг з догляду та підтримки в Херсонській області.

Проведений аналіз продемонстрував, що відсоток ЛЖВ, охоплених послугами догляду та підтримки збільшився – з 37,5% в 2013 році до 69,8% у 2016 році. Тим не менше цільове значення даного показника Програми (80,0%) не досягнуто.

Серед осіб, які розпочали АРТ у 2015 р. відсоток утримання на АРТ через 12 місяців після її початку становить 81,5% (при плановому показнику Програми 85%). Серед осіб, які розпочали АРТ у 2014 р., відсоток утримання на АРТ через 24 місяці після її початку становить 74,6%.

Вище зазначене є свідченням того, що на початок 2017 року в області ЛЖВ є недостатньо охопленими послугами з догляду та підтримки.

### **1.5. Чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?**

Призначення АРТ в області здійснюється у повній відповідності до національних клінічних протоколів.

Діюча мережа сайтів АРТ наразі лише частково відповідає потребам та епідемічній ситуації в регіоні. В області відсутня злагоджена система планування потреб в АРТ, причиною чого є нерегулярні поставки АРВП (із запізненням на 1,5 року). В затвердженому бюджеті діючої Програми передбачено фінансування заходів на лікування АРТ у 2016 році, що становить 13400,00 тис. грн., однак виділених коштів є недостатньо. Загалом фінансування заходів на лікування АРТ з державного бюджету у 2010, 2015, 2016 рр. було нижче 100%.

### **Висновки.**

На початок 2017 року в області не завершена діяльність щодо децентралізації послуг з АРТ. Є потреба і надалі відкривати повноцінно працюючі кабінети «Довіра» в Каховській, Олешківській, Великоолександрівській, Бериславській, Великолепетиській ЦРЛ, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С.Лучанського». Також необхідністю є введення в штат кабінетів «Довіра» соціальних працівників та/або психологів, у функції яких входить формування та підтримка прихильності до АРТ у пацієнтів.

Затримки у поставках препаратів АРТ не сприяють формуванню у ЛЖВ прихильності до лікування.

## **4.3.2. Напрямок 2. КіТ на ВІЛ.**

### **2.1. Чи приводять заходи Програми, які виконуються, до змін у Херсонській області?**

З метою своєчасного виявлення ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях захворювання послуги з КіТ на ВІЛ надаються в області на базі ЗОЗ, мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, мобільної амбулаторії ХОБФ «Мангуст».

У 2016 році кількість дотестових консультувань збільшилася на 10% у порівнянні з 2014 роком. Серед загальної кількості тестувань на ВІЛ збільшилась питома вага охоплення тестуванням на ВІЛ за допомогою ШТ – з 8,9% у 2013 році до 15,2 % у 2016 році . В області КіТ доступний для будь-якої групи населення, проте група ЧСЧ залишається охопленою не в повній мірі. Також серед засуджених, які перебували у місцях позбавлення волі, зменшився відсоток охоплення тестуванням на ВІЛ з 53,8% у 2013 році до 32,4% у 2016 році.

Щорічно в області зростає відсоток ЛЖВ (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед ЛВІН він зменшився з 59,9% у 2009 р. до 30,7% у 2016 р.

За даними каскадного аналізу, результатом КіТ стало залучення до МН 70,6% ЛЖВ у віці 15+ від їх оціночної кількості, що недостатньо для досягнення перших 90% стратегії Fast-Track.

Таким чином, існуюча система КіТ в ЗОЗ Херсонської області наразі не забезпечує своєчасне виявлення та залучення до медичних послуг ЛЖВ.

Зважаючи на вище зазначене та враховуючи зменшення кількості тестувань на ВІЛ з 92330 у 2009 році до 64342 у 2016 році, можна зробити висновок, що ефективність і якість надання послуг з КіТ в області не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ та потребує покращення.

## **2.2. Чи охоплені потрібні люди?**

Відсоток охоплення тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ дорослого населення області (за виключенням донорів та вагітних) у 2016 році становив 2,78%, що свідчить про недостатнє розширення послуг з КіТ та не відповідає вимогам цільового показника Програми (5%). Загалом, за час дії Програми, протягом 2015-2016 рр, в області обстежено на ВІЛ 135 738 особи.

Частка обстежень серед КГН від загальної кількості тестувань у 2015 році склала 19,3%, у 2016 р. – 22,1% з урахуванням ШТ. Загальна кількість виявлених позитивних результатів протягом 2015-2016 рр. – 1305, у тому числі серед представників КГН – 108 (8,3%). Практично не виявляються особи з позитивним результатом серед ОСБ та ЧСЧ. Частка осіб з вперше виявленими антитілами до ВІЛ серед ЛВІН від загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ зросла від 4,6% у 2013 році до 7,7% у 2016 році.

В області в недостатніх обсягах проводиться КіТ серед КГН. Питома вага позитивних результатів серед обстежених представників КГН за даними СЕМ становить за 2015-2016 рр. 8,3%.

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень протягом 2013-2015 рр. зменшився відсоток ЛВІН, які були охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 місяців і знають свій результат - , 36,6% та 32,3% відповідно. Серед ЧСЧ даний показник залишається на рівні 54%, серед ОСБ зменшився з 73,4% до 46,5%.



Згідно даних СЕМ, відсоток засуджених, охоплених КІТ з використанням ШТ зменшився з 53,8 % у 2013 р. до 32,4% у 2016 р., що вказує на недостатній доступ до КіТ засуджених.

Водночас хворі на туберкульоз достатньо повно охоплені тестуванням на ВІЛ: показник охоплення протягом 2013-2016 рр. зріс від 95,5% до 98,4% відповідно.

### **2.3. Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?**

Станом на 01.01.2017 року загальна кількість ЗОЗ, що надають послуги КіТ, в області складала 63. Послуги КіТ надаються у 16 ЗОЗ третинного рівня, 26 ЗОЗ вторинного рівня, 21 – первинного рівня надання медичної допомоги. До акушерсько-гінекологічної служби входять 22 підрозділи, протитуберкульозної та наркологічної - по 23, дерматовенерологічної - 19. В Херсонській області функціонує 1 Центр СНІДу, 6 кабінетів «Довіра» та 18 КІЗів, де надають послуги з КіТ на ВІЛ.

Серед ЗОЗ і НУО, що надають послуги з КІТ 30,1% знаходяться у містах області у районах – 69,9%.

В області працює 1 НУО, яка надає послуги з КіТ на ВІЛ (ХОБФ «Мангуст»).

За даними електронного інструменту e-TV Manager відсоток хворих на ТБ, охоплених КІТ, станом на 01.01.2017 р. становив 98,4%, що свідчить про високий рівень доступу до послуг з КіТ в протитуберкульозній службі.

В той же час є досить незначною питома вага консультувань, що надані у 2016 році закладами наркологічної служби (0,2%) та дерматовенерологічної служби (0,5%) від загальної кількості проведених консультувань.

Зважаючи на вище зазначене можна зробити висновок, що наявна кількість ЗОЗ є достатньою для надання послуг з КІТ в області. Разом з цим кількість фахівців ЗОЗ, які залучені до надання КіТ на ВІЛ та кількість НУО недостатня. Послуги з КІТ, що надають НУО, є достатніми у містах області та недостатніми у районах області.

### **2.4. Чи виконуються ці заходи правильно?**

Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд протягом 2013-2016 рр. зросло від 53,6% до 68,5% відповідно. Така ж позитивна динаміка спостерігається і серед КГН: відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було виявлено та взято протягом 1 року під медичний нагляд за 4 останні роки збільшився від 5,1% у 2013 р. до 8,4% у 2016 р. Зазначене стало можливим завдяки широкому впровадженню ШТ та децентралізації послуг з АРТ та КіТ.

В ЗОЗ Херсонської області розроблені накази про визначення відповідальних осіб щодо надання послуг з КІТ. Система супервізії здійснюється, відповідно до наказу МОЗ України від 19.08.2005 №415 «Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-

інфекцію», при виїздах у райони. В області не залучені до заходів КіТ на ВІЛ центри первинної медико-соціальної допомоги.

Для подальшого розширення послуг з КіТ на ВІЛ в області необхідно послуги КіТ впроваджувати в роботу сімейних лікарів ЦПМСД.

## **2.5. Чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?**

В області КіТ проводиться відповідно до наказу УОЗ Херсонської ОДА від 17.08.2010 №357 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції в області» та наказу ДОЗ Херсонської ОДА від 06.09.2016 №451 «Про організацію надання послуг з КіТ на ВІЛ із застосуванням швидких тестів та перенаправлення пацієнтів», які є релевантними до потреб області в сфері надання КіТ. По центру СНІД затверджено наказ від 10.10.2016 №44 «Про затвердження локального клінічного протоколу із маршрутом пацієнта щодо надання послуг консультивання і тестування на ВІЛ із застосуванням швидких тестів на рівні закладу охорони здоров'я».

В області розширюються послуги з КіТ для КГН: частка тестувань осіб КГН серед загальної кількості тестувань за рахунок місцевого бюджету у 2016 році збільшилась до 22,1%. Серед всіх тестувань на ВІЛ, що здійснюється НУО серед ЛВІН, виявлення ВІЛ-інфекції є досить низьким - 0,6%. У 2016 році серед ОСБ та ЧСЧ, які проводились НУО, позитивних результатів не виявлено. Аналіз причин низького виявлення ВІЛ серед КГН в області не проводився.

Відсоток фактичного фінансування заходів з КіТ на ВІЛ Програмою від запланованого становив у 2015-2016 рр., 100% та 262,1% відповідно.

Послуги з КіТ надаються медичними працівниками ЗОЗ всіх спеціальностей та соціальними працівниками НУО, які пройшли тренінги та мають сертифікати. Проте за останні роки у зв'язку із зміною кадрів є нагальна потреба навчання медичних працівників з питань КіТ на ВІЛ.

Для діагностики ВІЛ-інфекції серед донорів та вагітних використовують тест-системи Антиген-Антитіло, що закуповуються за кошти державного бюджету. Для скринінгу населення області – виявлення антитіл до ВІЛ. Швидкі тести використовуються серед КГН та для вагітних/породіль у разі відсутності у них даних з КіТ. Для підтверджуючих досліджень використовуються наступні тест-системи: Ag-At; At; At або ШТ. Використання даних тест-систем передбачено алгоритмом, відповідно до наказу МОЗ України від 21.12.2010 №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення» (із змінами від 17.08.2012 №718).

Станом на початок 2017 року Херсонська область забезпечена тест-системами для проведення діагностики ВІЛ-інфекції методом ІФА. Є потреба в закупівлі ШТ для лікувальних закладів області. В Програмі внесено відповідний пункт, проте не у всіх районах закуповують ШТ за місцевий бюджет.

## **Висновки.**

Фактичне фінансування Програми на послуги КіТ з обласного бюджету протягом 2014-2016 рр. відповідало запланованому. Хворі на туберкульоз достатньо повно охоплені КіТ. Існуюча система надання послуг з КіТ не в повній мірі відповідає актуальній епідситуації з ВІЛ/СНІД в області. Організація заходів з надання КіТ в області не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ. Дискримінація має негативний вплив на ефективність та якість КіТ. Не дивлячись на забезпечення фінансування на придбання тест-систем за обласний бюджет, представники КГН недостатньо охоплені КіТ на ВІЛ, у 2015 році, за даними біоповедінкових досліджень, протестовано на ВІЛ 32,3% ЛВІН, 35,4% ОСБ, 46,5% ЧСЧ від оціночної кількості, що вказує на недостатню роботу в регіоні. Практично не виявляються особи з позитивним результатом на ВІЛ серед ОСБ та ЧСЧ. В області не залучені до заходів КіТ центри первинної медико-соціальної допомоги. Ті НУО, що здійснюють свою діяльність в області не мають достатніх ресурсів для більш повного охоплення тестуванням КГН. Постає потреба у створенні нових НУО або ж розширенні підрозділів існуючих НУО, які могли б надавати послуги в не охоплених населених пунктах. Для забезпечення сталості послуг доцільним є фінансування таких НУО за кошти місцевих бюджетів.

### **4.3.3. Напрямок 3. Профілактичні послуги для ЛВІН.**

#### **3.1. Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?**

Незважаючи на зростання кількості ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, за даними СЕМ рівень виявлення ВІЛ протягом 2009-2016 років зменшився з 4,7% до 1,1%, відповідно. За результатами проведених тестувань НУО – з 1,3% до 0,9% (2013-2016 рр.). Разом з тим, за даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН знизилась з 28,4% у 2011 році до 21,3% у 2015 році.

#### **3.2. Чи охоплені потрібні люди?**

Протягом 2016 року протестовано на ВІЛ-інфекцію 4438 ЛВІН, з них 3939 протестовано ШВ. Із загальної кількості протестованих найбільша питома вага – 75,8%, або 3365 осіб, протестовано фахівцями ХОБФ «Мангуст» ШТ, та 1073 (24,2%) ЛВІН обстежені в ЗОЗ, у тому числі 499 ЛВІН обстежені методом ІФА та 574 ШТ.

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, у 2013 році 29,2%, а у 2015 році – 50,0% ЛВІН охоплені профілактичними програмами, що свідчить про недостатній рівень охоплення.

#### **3.3. Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?**

Єдиною організацією в області, яка надає профілактичні послуги ЛВІН, є ХОБФ «Мангуст», який реалізує програми «зменшення шкоди» з 2001 року.

З метою наближення профілактичних послуг ВІЛ до ЛВІН в області послуги децентралізовані. Так, на теперішній час в області працюють 20 пунктів обміну шприців, у тому числі 8 у м. Херсоні, 9 - у районних центрах області (Скадовськ, Каховка, Нова Каховка, Велика Лепетиха, Генічеськ, Чаплинка, Білозерка, Гола Пристань, Олешки). Крім цього, працюють 3 пункти видачі шприців на базі аптек «Медпрепарати».

Рівень видачі необхідної кількості шприців на рік на 1 ЛВІН недостатній в рамках постійно діючих профілактичних програм. Середня кількість шприців на одного ЛВІН у 2013 р. склала 100,1, у 2016 р. - 83,1.

Медичні послуги ЛВІН можуть отримати у Центрі СНІДу та у ЗОЗ за місцем проживання.

Станом на 01.01.2017 р. на ЗПТ в області знаходилось 250 пацієнтів (на 6 сайтах ЗПТ): КУ «Обласний наркологічний диспансер» - 102, КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер» - 8, Скадовська ЦРЛ - 44, Новокаховська міська лікарня - 51, Каховська ЦРЛ - 21, Олешківська ЦРЛ - 24.

Станом на початок 2017 року залишається відкритим питання щодо відкриття двох сайтів ЗПТ - у Голопристанському та Генічеському районах Херсонської області. Не зважаючи на те, що у Голопристанському районі є відповідне рішення районної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, а в Генічеському є рішення Ради з ТБ/ВІЛ, сайти так і не відкрито.

Важливу роль відіграє діяльність ХОБФ «Мангуст», який проводить роботу з ЛВІН за наступними напрямками: КіТ на ВІЛ; самотестування на ВІЛ; тестування на ВГВ, ВГС, ППСШ; роздача стерильних шприців, презервативів, лубрикантів, медикаментів, програма ЗПТ; переадресація до Центру СНІД, в ЗОЗ за місцем проживання та, за потребою, до спеціалістів вузького профілю. Переадресація здійснюється відповідно до листів УЦКС від 22.01.2015 №99 «Щодо оцінки переадресації осіб з ВІЛ-позитивними результатами з використанням швидких тестів від НУО до ЗОЗ служби СНІДу» та від 25.06.2015 №1277 «Щодо уточнення Алгоритму та звітності з переадресації осіб з ВІЛ-позитивними результатами від ГО до ЗОЗ служби СНІДу».

Таким чином потребою є розширення програми обміну шприців в інших районах за умови забезпечення відповідних ЗОЗ лікарями-наркологами та лікарями-інфекціоністами, які будуть надавати послуги ЗПТ.

#### **3.4. Чи виконуються ці заходи правильно?**

В рамках проекту «Здоров'я партнерів СІН», що реалізує ХОБФ «Мангуст» за підтримки проекту RESPOND, за період з 01 грудня 2015 року по 01 січня 2017 року охоплено 460 партнерів ЛВІН, виявлено 30 осіб (6,5%) з позитивним результатом, з них 23 особам (76,7%) встановлено діагноз ВІЛ-інфекція. Отримують АРТ 13 партнерів ЛВІН (56,5%), мають ВН < 40 - 3 особи (23,1%).

В області організовано виїзди мобільної амбулаторії ХОБФ «Мангуст» спільно з медичними фахівцями Херсонського обласного шкіряно-венерологічного диспансеру, в осередки КГН для обстеження на ВІЛ-інфекцію та ПСШ, з подальшою переадресацією на дообстеження та лікування в ЗОЗ. Фахівцями мобільної амбулаторії у 2016 році обстежено на ВІЛ-інфекцію 1569 осіб, з яких виявлено 13 позитивних результатів, в тому числі 11 позитивних серед 1299 протестованих ЛВІН. У цьому ж році обстеження на гепатит С пройшли 204 ЛВІН, серед яких виявлено 84 позитивних результатів.

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту зменшився з 64,0% у 2013 році до 50,7% у 2015р.; відсоток ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику, складала у 2015 році 97,9% та 75,7% ЛВІН знають про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (2013р. – 64,0% та 95,7% відповідно). Відповідно до програмної діяльності НУО, зменшилась середня кількість шприців на одного ЛВІН з 100,1 у 2013 році до 83,1 у 2016 році.

Таким чином заходи, що реалізуються в регіоні в напрямку профілактики ЛВІН потребують покращання. Станом на початок 2017 року профілактичними програмами охоплені ЛВІН та їх статеві партнери. Однак в області є потреба в розширенні мережі сайтів ЗПТ.

### **3.5. Чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?**

Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень свідчать про зниження поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН - з 28,4% у 2011 році до 21,3% у 2015 році. Рівень виявлення ВІЛ протягом 2009-2016 років зменшився за даними СЕМ з 4,7% у 2009 р. до 1,1%, у 2016 р.

Разом з цим протягом 2009-2015 рр. зменшився відсоток ЛВІН, охоплених профілактичними програмами з 53,8% у 2009 р. до 50,0% у 2015 р.

Послуги щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН/наркоспоживачів та інших КГН в області надаються на загальних підставах для ЛЖВ, відповідно до наказів по центру СНІД: від 07.10.2016 №43 «Про затвердження Локального протоколу надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним», від 29.03.2017 №16 «Про затвердження Локального протоколу з ведення випадку ко-інфекції ВІЛ/ПСШ», від 30.03.2017 №17 «Про затвердження Локального протоколу з надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим», від 24.05.2017 №27 «Про затвердження Локального протоколу надання медичної допомоги при ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД», від 12.06.2017 №28 «Про затвердження Локального протоколу надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дорослим хворим на вірусний гепатит С».

Забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцями, швидкими тестами на ВІЛ та ПСШ здійснюється за рахунок коштів ГФ. В той же час відсутнє фінансування цих заходів за кошти обласного і місцевих бюджетів.

Негативний вплив на розвиток профілактичних послуг для ЛВІН має відсутність політичної підтримки на всіх рівнях щодо необхідності виділення коштів з місцевих бюджетів на профілактику ВІЛ серед ЛВІН, придбання палива для виїзду мобільної амбулаторії ХОБФ «Мангуст» у віддалені села.

#### **4.3.4. Напрямок 4. Профілактичні послуги для ОСБ.**

##### **4.1. Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?**

Незважаючи на зростання кількості ОСБ, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію протягом 2011-2013 рр. (з 48,5% до 73,4% відповідно), виявлення ВІЛ-інфекції практично не відбувається. Так, у 2013 р. НУО було виявлено 2 позитивних результати, у 2014 р. – 1. Обстеження на ВІЛ ОСБ у лікувальних закладах за відповідним кодом не проводиться. Разом з цим, за даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ-інфекції серед ОСБ знизилась з 11,0% у 2009 році до 7,2% у 2015 році.

##### **4.2. Чи охоплені потрібні люди?**

Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень дають можливість оцінити доступ до послуг та рівень їх використання ОСБ.

За даними інтегрованих біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ-інфекції серед ОСБ в області знизилась з 11,0% у 2009 році до 7,2% у 2015 році. Разом з цим у 2015 році в порівнянні 2013 роком зменшилась питома вага ОСБ, охоплених тестуванням на ВІЛ з 73,4% до 46,5%., що могло позначитись на показнику поширеності ВІЛ серед ОСБ, та відзначається зменшення відсотку ОСБ, охоплених профілактичними програмами, з 64,5% до 50% відповідно.

За даними СЕМ протягом 2016 року у порівнянні з 2015 роком збільшилась кількість тестувань на ВІЛ ОСБ з 397 до 553 відповідно. У 2015 році всі тестування проводились ШТ у мобільній амбулаторії ХОБФ «Мангуст», у 2016 році тільки 2 ОСБ обстежені у ЗОЗ ІФА, інші 551 тестувань проведено ШВ ХОБФ «Мангуст», всі з негативним результатом.

##### **4.3. Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?**

Профілактичні заходи для ОСБ з ВІЛ-інфекції в області надаються ХОБФ «Мангуст» в рамках проектної діяльності з 2001 року. З метою наближення профілактичних послуг до ОСБ послуги децентралізовані, надаються на базі філій ХОБФ «Мангуст» у 9 районних центрах області (Скадовськ, Каховка, Нова Каховка, Велика Лепетиха, Генічеськ, Чаплинка, Білозерка, Гола Пристань, Олешки).

Середня кількість презервативів на одну ОСБ у 2013 р. склала 25,2 одиниць, у 2016 р. – 27,3 одиниць. Таким чином, кількість розданих презервативів на рік для 1 ОСБ є недостатньою, відповідно до діючих профілактичних програм.

Профілактичну роботу з ОСБ ХОБФ «Мангуст» проводить за наступними напрямками: КіТ на ВІЛ; тестування на ВГВ, ВГС, ІПСШ; послуги з надання презервативів, лубрикантів, медикаментів; переадресація до Центру СНІД, в ЗОЗ за місцем проживання та, за потребою, до спеціалістів вузького профілю. Постконтактна профілактика жертв насилля – консультування та призначення АРВ-препаратів проводиться безпосередньо фахівцями Центру СНІДу. Медичні послуги ОСБ можуть отримати безпосередньо в Центрі СНІДу та у ЗОЗ за місцем проживання.

#### **4.4. Чи виконуються ці заходи правильно?**

З метою обстеження на ВІЛ-інфекцію та ІПСШ, з подальшою переадресацією на дообстеження та лікування в ЗОЗ, в області організовано виїзди мобільної амбулаторії ХОБФ «Мангуст» спільно з медичними фахівцями Херсонського обласного шкіряно-венерологічного диспансеру, в осередки КГН, відповідно до угоди про співпрацю.

Протягом 2016 року фахівцями мобільної амбулаторії на ВІЛ-інфекцію обстежено 277 ОСБ, з яких 2 особи мали позитивний результат (0,7%), на ІПСШ обстежено 426 ОСБ, з яких 14 позитивні (3,3%).

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, відсоток ОСБ, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту зріс з 94,4% у 2011 р. до 99,3% у 2015р. За цей період зріс відсоток ОСБ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, з 37,9% до 48,8% відповідно, що свідчить про збільшення інформування ОСБ, проте він досі лишається низьким.

Саме серед ОСБ спостерігається позитивний вплив проекту профілактики ВІЛ.

#### **4.5. Чи заходи, які виконуються є правильними/релевантними?**

Забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцями, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, здійснюється за рахунок коштів ГФ. В той же час відсутнє фінансування цих заходів за кошти обласного і місцевих бюджетів.

#### **Висновок.**

Протягом 2009-2015 рр. в області спостерігається тенденція у зниженні поширеності ВІЛ-інфекції серед ОСБ з 11,0% до 7,2% відповідно, про що свідчать результати інтегрованих біоповедінкових досліджень. Відсоток ОСБ, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту зріс з 94,4% у 2011 р. до 99,3% у 2015р.

В той же час є ряд проблем, а саме: заходи профілактичних програм серед ОСБ в області проводяться недостатньо; рівень охоплення профілактичними програмами ОСБ становив 51,0%; протестовані на ВІЛ та знають результати тестування - 46%; лише 48,8% ОСБ знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.

### **4.3.5. Напрямок 5. Профілактичні послуги для ЧСЧ.**

#### **5.1. Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?**

За даними інтегрованих біоповедінкових досліджень, у 2015 році в порівнянні з 2013 роком серед ЧСЧ зменшилось охоплення КіТ на ВІЛ з 44,6% до 19%. Незважаючи на зменшення тестувань, за цей період зросла частка ВІЛ-інфікованих ЧСЧ з 6,1% до 9%, що свідчить про подальше поширення ВІЛ-інфекції серед даної групи населення.

#### **5.2. Чи охоплені потрібні люди?**

Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень дають можливість оцінити доступ до послуг та рівень їх використання ЧСЧ. Так, в області відзначається зростання кількості ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, за 2011-2013рр. з 22,5% до 44,6%, з наступним різким зменшенням у 2015 році до 19%, від оціночної кількості ЧСЧ.

За даними СЕМ, кількість тестувань ЧСЧ на ВІЛ протягом 2016 року (516 осіб) практично залишилась на рівні 2015 року (506), що складає 19,5% від оціночної кількості ЧСЧ. Тільки 5 з них у 2015 та 2 ЧСЧ у 2016 році обстежені методом ІФА у Центрі СНІДу, інші – ШТ фахівцями ХОБФ «Мангуст», з негативними результатами. Мають місце випадки, коли 1 особа обстежена протягом року двічі.

#### **5.3. Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?**

В області профілактичні послуги для ЧСЧ до 2014 року проводились ГО «Нова хвиля для кращого майбутнього», з 2015 року – ХОБФ «Мангуст». Послуги не децентралізовані, в основному надаються в Центрі СНІДу.

Рівень видачі необхідної кількості презервативів на рік на 1 ЧСЧ недостатній відповідно до діючих профілактичних програм. Середня кількість презервативів на одного ЧСЧ у 2013 р. склала 19, у 2016 р. - 14.

Медичні послуги ЧСЧ можуть отримати у Центрі СНІДу та у ЗОЗ за місцем проживання, але враховуючи стигматизацію та дискримінацію, ЧСЧ про свою сексуальну орієнтацію не повідомляють, тому за кодом 103 КіТ на ВІЛ у ЗОЗ не проводяться.

ХОБФ «Мангуст», у рамках проектої діяльності, проводить роботу з ЧСЧ за наступними напрямками: КіТ на ВІЛ; тестування на ВГВ, ВГС, ПСШ; послуги з надання презервативів, лубрикантів, медикаментів; переадресація до центру СНІД, в ЗОЗ за місцем проживання та, за потребою, до спеціалістів вузького профілю.

За результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, у 2015 році 70% ЧСЧ використовували презерватив під час останнього сексуального контакту. Разом з цим в області профілактичні послуги для ЧСЧ не децентралізовані. У 2015 році лише 49% знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, охоплено профілактичними програмами 19% ЧСЧ. Недостатня кількість презервативів на 1 ЧСЧ на рік.



#### **5.4. Чи виконуються ці заходи правильно?**

Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень свідчать, що відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту зріс з 50,3% у 2011 р. до 70% у 2015р. Відсоток ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, за цей період зменшився з 59,4% до 49% відповідно. У 2015 році зменшилось охоплення КіТ на ВІЛ до 19%.

Мобільною амбулаторією ХОБФ «Мангуст» за 2016 рік обстежено на ВІЛ-інфекцію 128 ЧСЧ з негативним результатом та на ПСШ – 133 осіб, позитивних не виявлено.

Відповідно до програмної діяльності НУО, середня кількість презервативів на одного ЧСЧ у 2013 р. склала 19, у 2016 р. – 14.

Заходи профілактичних програм серед ЧСЧ проводяться недостатньо. Недостатнє охоплення ЧСЧ профілактичними програмами та середня кількість презервативів на рік, що сприяє подальшому поширенню ВІЛ.

#### **5.5. Чи заходи, які виконуються є правильними/релевантними?**

Фінансування заходів з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ у рамках діючої Програми окремо не виділялось, а здійснюється за рахунок ГФ.

#### **Висновок.**

Недостатній рівень охоплення ЧСЧ профілактичними програмами (2015р. – 19%). Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень свідчать про зростання поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ з 5% у 2009р. до 9% у 2015р.

Станом на початок 2017 року в області залишається ряд проблем. Зокрема профілактичні послуги для ЧСЧ не децентралізовані, заходи профілактичних програм проводяться недостатньо, особливо у курортних місцях (Генічеський, Каланчацький, Голопристанський райони Херсонської області). Група ЧСЧ закрита, у тому числі для медпрацівників, із-за стигматизації та дискримінації.

### **5. ВИСНОВКИ**

Діюча в Херсонській області Програма, за період 2015-2016 рр. суттєво не вплинула на тенденції індикаторів впливу: реєструється подальше зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію, поширеності та смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Разом з цим треба визначити наявність доступних послуг з діагностики ВІЛ-інфекції, доступу до лікування та профілактики ВІЛ, у тому числі серед КГН, догляду та підтримки ЛЖВ.

За результатами проведеної оцінки було виокремлено сильні сторони Програми та її слабкі сторони.

**До сильних сторін Програми можна віднести наступні:**

1. Засідання обласної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу проводяться щоквартально, заслуховується виконання попередніх рішень Ради.

2. У Херсонській області впроваджено та застосовуються інноваційне адміністрування - електронні звіти, інструменти, програма 1-С, Microsoft Office Excel, використовуються масиви бази даних DevINFO, впроваджується електронний інструмент STMA агрегації звітних форм епідемічного та клінічного моніторингу, використовується електронний інструмент оцінки якості даних, у ЛПЗ області впроваджена медична інформаційна система «ВІЛ-інфекція в Україні», впроваджено електронний інструмент прогнозування потреб та запасів виробів медичного призначення.

3. Показник охоплення АРТ хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ у 2016 році становив 59,6% та був вище очікуваного індикатора (55,0%), що стало результатом створення та роботи сайту видачі АРТ на базі КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер».

4. За рахунок правильно організованої роботи ППМД в області медикаментозну профілактику АРВП у 2016 році отримали 95,1% вагітних та 98,0% дітей; рання діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, методом ПЛР-ДНК проведена у 94,7% випадках.

5. Використання коштів із місцевих бюджетів дозволило на 100% забезпечити дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, адаптованими молочними сумішами

6. У Херсонській області вперше в Україні з 2014 року запроваджено обстеження на ВІЛ-інфекцію статевих партнерів вагітних жінок, у жіночих консультаціях ЗОЗ при взятті останніх на диспансерний облік по вагітності, відповідно до листа директора ДООЗ Херсонської ОДА від 02.06.2014 року №10-03-332. Фахівцями Центру СНІДу розроблено «Рекомендації щодо ведення вагітних, чоловіки яких є ВІЛ-інфікованими, та народжених ними дітей», які були рекомендовано відповідно до листа директора ДООЗ Херсонської ОДА від 10.10.2014 №10-03-741 «Про удосконалення заходів з питань попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини». За 2014 рік у 9 ВІЛ-негативних вагітних жінок виявлено позитивних статевих партнерів, у 2015 році - 26, у 2016 р. – 17. Дана рекомендація щодо тестування статевих партнерів вагітних жінок на ВІЛ увійшла до наказу МОЗ України №449 від 16.05.2016 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».

7. З метою розширення програми ЗПТ для ЛВІН у Голопристанському та Генічеському районах Херсонської області є відповідні рішення районних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. За даними біоповедінкових досліджень показник розповсюдження ВІЛ-інфекції серед ЛВІН та ОСБ у регіоні протягом 2009-2015рр. має тенденцію до зниження.

8. В області виконано план набору на АРТ. Показник Програми «Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування антиретровірусними препаратами» у 2016 році мав значення 2250 осіб при очікуванні 2190 осіб.

9. Показник Програми «Рівень смертності населення від хвороб, зумовлених ВІЛ» у 2015 році мав значення 3,3% при очікуванні 11,3%, у 2016 році – 6,97% при очікуванні 10,7%.

10. Показник Програми «Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які хворі на туберкульоз та отримали лікування від туберкульозу та ВІЛ-інфекції» у 2015 році мав значення 67,9% при очікуванні 52,6%, у 2016 році – 59,0% при очікуванні 55,0%.

### **Основні слабкі сторони Програми:**

1. Недостатнє фінансування заходів Програми з обласного та місцевих бюджетів, у тому числі на такі заходи: відкриття кабінетів «Довіра», забезпечення лікування та медикаментозної профілактики ОІ, супутніх захворювань.

2. Державні та недержавні організації міст та районів області не зацікавлені проводити роботу з профілактики поширення соціально-небезпечних захворювань, створювати ВІЛ-сервісні НУО.

3. Через часту зміни кадрів райдержадміністрацій та міськвиконкомів недостатня поінформованість голів та членів міських/районних рад з ТБ/ВІЛ, голів сільських та селищних рад з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, у тому числі серед КГР, необхідності лобювання питання фінансування програм протидії ВІЛ/СНІДу з місцевих бюджетів.

4. У школах області недостатньо впроваджуються програми розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ: у 2015 році охоплено 78,1% шкіл (при очікуванні 82,9%), у 2016 році – 74,1% (при очікуванні 90,0%).

5. За період 2014-2016 рр. спостерігається подальше поширення ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15-24 роки (з 0,22% до 0,36%) та серед вагітних (з 0,99% до 1,06%).

6. Недостатня забезпеченість кадрами кабінетів «Довіра» та КІЗів ЗОЗ області для забезпечення роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу.

7. Відсутні нормативи навантаження на медичних працівників при роботі з ВІЛ-інфікованими.

8. Сімейні/дільничні лікарі не задіяні у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереженням за ВІЛ-інфікованими, догляді та підтримці.

9. Із-за пізнього виявлення випадків ВІЛ-інфекції та туберкульозу в області реєструються випадки виявлення хворих на ТБ/ВІЛ на пізніх стадіях, яким АРТ не призначається у зв'язку із смертю хворого, проте статистика відсутня.

10. Протягом 2014-2016 рр. на 13,7% в області збільшилась частка померлих ЛЖВ, які не отримують АРТ.

11. Через пізнє виявлення випадків ВІЛ-інфекції у 2015 році померло 47,6% хворих, яким встановлено діагноз протягом року з моменту виявлення, у 2016 році – 76,5%.

12. Недостатня взаємодія між інфекційною та фтизіатричною службами районів в напрямку супроводу хворих з ко-інфекцією, які отримують АРТ. Потребує посилення наступності у спостереженні за даною групою пацієнтів з метою утримання на лікуванні ВІЛ-інфекції.

13. Несвоєчасна поставка препаратів АРТ в Херсонську область зокрема.

14. Недостатнє охоплення АРТ ЛЖВ, що знаходяться під медичним наглядом (2016 рік – 53,4%).

15. Не досяг очікуваного індикатора показник «Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують лікування АРВП через 12 місяців після її початку» у 2014 році мав значення 82,8% при очікуванні 84,8%, у 2015 році – 81,4% при очікуванні 85,0%.

16. Недостатня кількість учасників ЛВІН/ЗПТ отримують АРТ.

17. У більшості районів області відсутній соціальний супровід з догляду та підтримки хворих на АРТ.

18. В області не реалізуються проекти щодо підтримки та супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних та народжених ними дітей, внаслідок чого у 2016 році зареєстровано високий показник ППМД– 3,54% при очікуваному 2,0%.

19. Дискримінація відносно ЛЖВ, в першу чергу з КГН, у ЗОЗ негативно впливає на ефективність та якість КІТ.

20. Відсутній механізм виявлення ВІЛ-інфекції у військовослужбовців, надання послуг з АРТ, догляду та підтримці.

## **6. РЕКОМЕНДАЦІЇ**

Рекомендації, що містяться в цьому Звіті, безпосередньо стосуються «вузьких» місць Програми, її слабких сторін, прогалин в організаційній, лікувальній, профілактичній роботі, сумісних питаннях партнерських організацій.

Рекомендації, що сформовані за результатами оцінки можуть бути використані як для внесення змін в діючу Програму, так і під час підготовки регіональної програми Програми на 2019-2023 роки. Окрім цього рекомендації ляжуть в основу Загальнодержавної програми на 2019-2023 рр.

### **Рекомендації для національного рівня.**

1. Забезпечити своєчасну поставку АРВ-препаратів у регіони.
2. Розробити та затвердити механізм соціального замовлення для підтримки та супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних та породіль.
3. Розробити та затвердити механізм соціального замовлення для догляду та підтримки ЛЖВ, які отримують АРТ.

4. Розробити спільний наказ Міністерства оборони України та МОЗ України щодо розробки механізму виявлення ВІЛ-інфекції у військовослужбовців, надання послуг з АРТ, догляду та підтримці.

5. Розробити та затвердити нормативи навантаження на медичних працівників при роботі з ЛЖВ.

### **Рекомендації для регіонального рівня.**

1. Забезпечити фінансування заходів програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу через механізм соціального замовлення.

2. Відкрити сайти ЗПТ у Генічеському та Голопристанському районах.

3. У 2018 році провести навчальні тренінги на тематику ВІЛ-інфекції/СНІДу для голів та секретарів міських/районних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

4. Збільшити відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів на курсах підвищення кваліфікації, до 90%.

5. Запровадити системне проведення семінарів-тренінгів з питань протидії дискримінації серед медичних працівників.

6. Включити у плани навчання молодших спеціалістів з медичною освітою питання з ВІЛ-інфекції/СНІДу та контролювати їх при проходженні атестації медичних працівників.

7. На обласному радіо та телебаченні запровадити постійно діючу програму з питань ВІЛ/СНІДу.

8. Забезпечити необхідний кадровий склад кабінетів «Довіра» ЗОЗ для забезпечення роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та КіТ на ВІЛ у Каховській, Олешківській, Великоолександрівській, Бериславській, Великолепетиській ЦРЛ, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С.Лучанського».

9. Активізувати роботу сімейних/дільничних лікарів у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереженні за ЛЖВ, догляді та підтримці.

10. Забезпечити заходи щодо раннього та своєчасного виявлення ТБ та ВІЛ-інфекції у мешканців області шляхом розширення охоплення флюорографічним обстеженням та тестуванням на ВІЛ.

11. Додатково відкрити 2 сайти ЗПТ - у Голопристанському та Генічеському районах Херсонської області.

12. З метою зниження випадків переривання лікування АРТ ЛВІН/ЗПТ, забезпечити роботу за принципом «рівний-рівному», залучаючи ЛВІН/ЗПТ.

13. Розширити спектр послуг для ЧСЧ у районах області, де працюють філіали організацій.

### **Рекомендації в розрізі напрямків ВООЗ.**

| <b>За напрямком КіТ</b> | <b>Проблеми</b><br><i>(в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки)</i> | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні</b> | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні</b> |
|-------------------------|---|---|---|
|-------------------------|---|---|---|

|                         |  |  |   |
|-------------------------|--|--|---|
|                         | <i>Програми)</i>   |  |   |
|                         | 1. Недостатнє охоплення КіТ у найбільш віддалених районах області (Високопільський, Іванівський, Верхньорогачицький, Горностаївський)  |  | Розширити доступ населення до КіТ, у першу чергу ШТ, у Високопільському, Іванівському, Верхньорогачицькому, Горностаївському районах  |
|                         | 2. Недостатнє охоплення населення області КіТ  |  | Активізувати роботу сімейних/дільничних лікарів у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереженні за ВІЛ-інфікованими, догляді та підтримці  |
| <b>За напрямком АРТ</b> | <b>Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)</b>   | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні</b>                          | <b>1. Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні</b>  |
|                         | 1. Недостатня забезпеченість кадрами кабінетів «Довіра» та КІЗів ЗОЗ для забезпечення роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, відсутні нормативи навантаження на медичних працівників при роботі з ЛЖВ | 1. Розробити та затвердити нормативи навантаження на медичних працівників при роботі з ЛЖВ | Забезпечити необхідний кадровий склад кабінетів «Довіра» ЗОЗ для забезпечення роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та КіТ на ВІЛ у Каховській, Олешківській, Великоолександрівській Бериславській, Великолепетиській ЦРЛ, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С.Лучанського» |
|                         | 2. Несвоєчасна поставка АРТП на національному рівні  | 2. Забезпечити своєчасну поставку АРВП у регіони   |   |
|                         | 3. Недостатнє охоплення АРТ ЛЖВ, що знаходяться під медичним наглядом (2016 рік – 53,4%) Щороку майже 70% від кількості померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ, не отримували АРТ                     |  | 1. Забезпечити охоплення диспансерної групи АРТ не менше 70% у 2018 році та до 80% у 2020 році  |
|                         | 4. Показник Програми «Охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ»  |  | Забезпечити охоплення хворих на ТБ/ВІЛ АРТ не менше 70% у 2018  |

|                          |   |   |  |
|--------------------------|---|---|--|
|                          | зменшився з 67,9% у 2015 році до 59,6% у 2016 році  |   | році та до 80% у 2020 році   |
|                          | 5. Не досяг очікуваного індикатора показник «Кількість ЛЖВ, які отримують лікування АРВП через 12 місяців після її початку» у 2014 році мав значення 82,8% при очікуванні 84,8%, у 2015 році – 81,4% при очікуванні 85,0% |   | Покращити взаємодію між фтизіатричною службою та службою СНІДу щодо призначення АРТ хворим на ТБ/ВІЛ та утримання на лікуванні                         |
| <b>За напрямком ЧСЧ</b>  | Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)   | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні</b> | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні</b>  |
|                          | 2. Недостатнє залучення КГН до ВІЛ-послуг. В області недостатньо центрів інтегрованої допомоги для КГН  |   | Створити центри інтегрованої допомоги для КГН з метою розширення спектру послуг для КГН у районах області, на базах філіалів НУО, співпрацювати із ЗОЗ |
| <b>За напрямком ОСБ</b>  | Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)   | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні</b> | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні</b>  |
|                          | 1. Недостатнє залучення КГН до ВІЛ-послуг. Недостатньо центрів інтегрованої допомоги для КГН  |   | Створити центри інтегрованої допомоги для КГН з метою розширення спектру послуг для КГН у районах області, на базах філіалів НУО                       |
| <b>За напрямком ЛВІН</b> | Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)   | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні</b> | <b>Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні</b>  |
|                          | 1. Недостатня кількість учасників ЛВІН/ЗПТ отримують АРТ  |   | Розширити доступ ЛЖВ/ЛВІН до АРТ, довести кількість учасників ЗПТ до 300 на тих сайтах, що вже   |

|                             |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|
|                             |  |  | діють.<br>З метою зниження уходів з АРТ ЛВІН/ЗПТ, забезпечити роботу за принципом «рівний-рівному»   |
|                             | 2. Недостатнє залучення КГН до ВІЛ-послуг.<br>Недостатньо центрів інтегрованої допомоги для КГН  |  | Розширити спектр послуг для КГН у районах області, на базах філіалів НУО, співпрацювати із ЗОЗ   |
|                             | 3. Недостатнє охоплення ВІЛ-інфікованих ЛВІН програмами ЗПТ  |  | Забезпечити відкриття додаткових сайтів ЗПТ у Генічеському та Голопристанському районах  |
| <b>За іншими напрямками</b> | <b>Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)</b>                               | <b>Рекомендації для вирішення проблем на національному рівні</b>   | <b>Рекомендації для вирішення проблем на регіональному рівні</b>   |
|                             | 1. Відсутність налагодженого механізму передачі даних при виявленні випадків ВІЛ-інфекції у військових з інших регіонів                    | 1. Розробити спільний наказ Міністерства оборони та МОЗ щодо розробки механізму виявлення ВІЛ-інфекції у військовослужбовців, надання послуг з АРТ, догляду та підтримці |  |
|                             | 2. Високий показник ППМД у 2016 році – 3,54% при очікуваному 2,0%  | 2. Розробити та затвердити механізм соціального замовлення для підтримки та супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних та породіль   | Забезпечити підтримку та супровід ВІЛ-інфікованих вагітних та породіль у рамках проектної діяльності організацій   |
|                             | 3. Недостатнє охоплення ЛЖВ послугами з догляду та підтримки   | 3. Розробити та затвердити механізм соціального замовлення щодо догляду та підтримки ЛЖВ, які отримують АРТ  | Забезпечити охоплення ЛЖВ послугами з догляду та підтримки у рамках проектної діяльності закладів  |
|                             | 4. Недостатня поінформованість голів та членів міських/районних рад з ТБ/ВІЛ, голів сільських та селищних рад з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, |  | Забезпечити організацію навчальних семінарів для голів та секретарів міських, районних рад з питань ТБ/ВІЛ з питань ВІЛ-інфекції/ СНІДу не рідше 1 разу у 3 роки |



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | профілактики ВІЛ серед КГН, лобювання питання фінансування програм протидії ВІЛ/СНІДу з місцевих бюджетів   |  |  |
|  | 5. Подальше поширення ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15-24 роки У школах області недостатньо впроваджуються програми розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ: у 2015 році охоплено 78,1% шкіл (при очікуванні 82,9%), у 2016 році – 74,1% (при очікуванні 90,0%) |  | Збільшити відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів на курсах підвищення кваліфікації, до 90%.   |
|  | 6. Наявність негативного впливу дискримінації відносно ЛЖВ на ефективність та якість КіТ, дискримінація відносно ЛЖВ/КГН у ЗОЗ області  |  | <p>1. Запровадити системне проведення семінарів-тренінгів з питань дискримінації серед медичних працівників, висвітлення питань профілактики дискримінації для широкого загалу населення; на обласному радіо та ТБ запровадити створення постійно діючої програми з питань ВІЛ/СНІДу.</p> <p>2. Включити у плани навчання молодших спеціалістів з медичною освітою питання з ВІЛ-інфекції/СНІДу та контролювати їх при проходженні атестації медичних працівників.</p> <p>3. Розробити заходи подолання стигми і дискримінації по відношенню до КГН та</p> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  |  | ЛЖВ, забезпечити висвітлення питань профілактики дискримінації для широкого загалу населення                                  |
|  | 7. Недостатнє фінансування програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу з обласного та місцевих бюджетів |  | Забезпечити заохочення коштів на виконання заходів програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу через механізм соціального замовлення |

## 7. План заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Херсонській області

| п/п | Назва заходу   | Термін виконання     | Виконавець   | Очікуваний результат  |
|-----|--|----------------------|--|---|
| 1.  | На засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу заслухати питання відкриття сайту ЗПТ у Генічеському та Голопристанському районах  | IV квартал 2017 року | ДОЗ Херсонської ОДА<br>МРГ ОКР<br>Генічеська РДА (за згодою)<br>Голопристанська РДА (за згодою)<br><br>НУО (за згодою) | За результатами розгляду, на обласній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, прийнято рішення щодо подальшого відкриття сайту ЗПТ у Генічеському та Голопристанському районі Херсонської області.   |
| 2.  | Додатково відкрити 2 сайти ЗПТ у Голопристанському та Генічеському районах   | I квартал 2018 року  | ДОЗ Херсонської ОДА<br>Генічеська РДА (за згодою)<br>Голопристанська РДА (за згодою)<br>НУО (за згодою)                | Відкрито 2 сайти ЗПТ - у Голопристанському та Генічеському районах Херсонської області.   |
| 3.  | Забезпечити проведення навчальних семінарів на тематику ВІЛ-інфекції/ СНІДу за участі голів міських/ районних рад з питань ТБ/ВІЛ, голів сільських та селищних рад | Протягом 2018 р.     | ДОЗ Херсонської ОДА<br>МРГ ОКР<br>Райдержадміністрації та міськвиконкоми (за згодою)<br>НУО (за згодою)                | Організовано та проведено не менше 2-х навчальних семінарів на тематику ВІЛ-інфекції/ СНІДу за участі голів та секретарів міських/ районних рад з питань ТБ/ВІЛ<br>Покращено поінформованість голів та секретарів міських/районних рад з ТБ/ВІЛ щодо питань профілактики ВІЛ серед КГН. |

|    |   |                    |  |  |
|----|---|--------------------|--|--|
| 4. | Збільшити кількість підготовлених вчителів на курсах підвищення кваліфікації, розширити навчання, ширше використовувати факультативні заняття | Протягом 2018 р.   | Управління освіти, науки та молоді Херсонської ОДА | 1.Зросло значення показника охоплення учнів програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ.<br>2. Зменшилось значення показника поширення ВІЛ-інфекції серед молоді віком 15-24 років |
| 5. | Включити у плани навчання молодших спеціалістів з медичною освітою питання з ВІЛ-інфекції/СНІДу.  | Протягом 2018 р.   | ДОЗ Херсонської ОДА                                | До навчальних планів молодших спеціалістів з медичною освітою включені питання щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу.  |
| 6. | На обласному радіо та ТБ запровадити створення постійно діючої програми з питань ВІЛ/СНІДу  | I півріччя 2018 р. | Обласний ЦГЗ, Прес-центр «Медицина»                | 1.На обласному радіо регулярно виходить в ефір програма з питань ВІЛ/СНІДу.<br><br>2.Зменшено рівень стигми та дискримінації відносно ЛЖВ/КГН серед населення області  |
| 7. | Запровадити системне проведення семінарів/тренінгів з питань дискримінації серед медичних працівників всіх ланок надання медичної             | Протягом 2018 р.   | ДОЗ Херсонської ОДА<br>Центр СНІДу                 | 1.Для медичних працівників Херсонської області всіх ланок надання медичної допомоги запроваджено систематичне проведення   |

|     |   |                    |   |  |
|-----|---|--------------------|---|--|
|     | <p>допомоги.</p> <p>Для медичних працівників первинної та вторинної ланки надання медичної допомоги запровадити систематичне навчання щодо надання до- та після тестового консультування.</p> |                    |   | <p>навчальних семінарів/тренінгів з питань дискримінації.</p> <p>2. Для медичних працівників первинної та вторинної ланки надання медичної допомоги запроваджено систематичне навчання щодо надання до- та після тестового консультування.</p> <p>3. Зменшено рівень стигми та дискримінації відносно ЛЖВ/КГН.</p> |
| 8.  | Залучення коштів на виконання заходів Програми через механізм соціального замовлення  | Протягом 2018 рр.  | Департамент соціального захисту населення Херсонської ОДА | Збільшено обсяг фінансування заходів програми Протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу з обласного та місцевих бюджетів.  |
| 9.  | Забезпечити проведення інформаційно-просвітницької кампанії з метою висвітлення питань профілактики ВІЛ/СНІДу, дискримінації тощо, та підвищенню рівня обізнаності жителів області.           | Протягом 2018 року | Обласний ЦГЗ, Прес-центр «Медицина»                       | В області розроблено заходи щодо подолання стигми і дискримінації по відношенню до КГН та ЛЖВ.   |
| 10. | Забезпечити збільшення кадрового складу у кабінетах   | I півріччя 2018 р. | ДОЗ Херсонської ОДА Райдержадміністрації та               | Збільшено кадровий склад працівників кабінетів «Довіра»  |

|     | «Довіра» та КІЗ.   |                      | міськвиконкоми (за згодою)  | та КІЗ  |
|-----|--|----------------------|---|---|
| 11. | Активізувати роботу сімейних/дільничних лікарів у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереженні за ВІЛ-інфікованими, догляді та підтримці           | I квартал 2018 року  | ДОЗ Херсонської ОДА<br>Центр СНІДу, ЦПМСД   | 1. Покращо якість надання послуг, зокрема з КіТ на ВІЛ, для ЛЖВ за місцем проживання<br><br>2. Зменшено показник смертності від СНІДу.  |
| 12. | Покращити взаємодію між фтизіатричною службою та службою СНІДу щодо призначення АРТ хворим на ТБ/ВІЛ та утримання на лікуванні.                          | Протягом 2018 р.     | КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер»<br>Центр СНІДу            | 1. Розширено охоплення АРТ хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.<br><br>2. Підвищено показник утримання ЛЖВ на АРТ.<br><br>3. Зменшено показник смертності серед хворих на ТБ/ВІЛ       |
| 13. | З метою раннього виявлення ВІЛ-інфекції забезпечити розширення тестування шляхом більш широкого застосування швидких тестів за рахунок місцевих бюджетів | I півріччя 2018 року | ЗОЗ області,<br>Райдержадміністрації та міськвиконкоми (за згодою)<br>Центр СНІДу | Розширено охоплення населення КіТ на ВІЛ, у тому числі швидкими тестами.<br>Зменшено частку виявлення ЛЖВ у III-IV клінічних стадіях.<br>Зменшено показник смертності серед ЛЖВ |
| 14. | Забезпечити заходи щодо раннього та своєчасного  | Протягом 2018 р.     | КЗ «Херсонський обласний  | Зросла частка виявлення ВІЛ-інфекції у I-II клінічних   |

|     |   |                  |  |   |
|-----|---|------------------|--|---|
|     | виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції у мешканців області                                  |                  | протитуберкульозний диспансер»,<br>Центр СНІДу<br>ЗОЗ області          | стадіях   |
| 15. | Забезпечити охоплення диспансерної групи АРТ не менше 70% у 2018 році та до 80% у 2020 році | 2018-2020 рр.    | ЗОЗ області,<br>Центр СНІДу  | 1. Розширено охоплення АРТ серед ЛЖВ.<br>2. Покращено утримання на АРТ.<br>3. Зменшено показник смертності від СНІДу. |
| 16. | Забезпечити потребу у ЗПТ, вивчати можливості та шляхи забезпечення лікування ЛВІН          | Протягом 2018 р. | КУ «Обласний наркологічний диспансер<br>НУО (за згодою)                | 1. Розширено доступ ЛВІН до ЗПТ.<br>2. Знижено поширення ВІЛ серед ЛВІН   |
| 17. | Забезпечити надання пацієнтам інтегрованих послуг на сайтах ЗПТ                             | Протягом 2018 р. | КУ «Обласний наркологічний диспансер<br>НУО (за згодою)                | Розширено доступ ЛВІН до послуг   |
| 18. | Розширити доступ ВІЛ-інфікованих ЛВІН до АРТ, охопити не менше 80%                          | 2018-2020 рр.    | КУ «Обласний наркологічний диспансер<br>Центр СНІДу<br>НУО (за згодою) | 1. Розширено доступ ЛВІН до АРТ.<br>2. Знижено смертність від СНІД серед ЛВІН   |
| 19. | Довести кількість учасників ЗПТ до 300 на тих сайтах, що вже діють.                         | Протягом 2018 р. | КУ «Обласний наркологічний диспансер,<br>НУО (за згодою)               | 1. Розширено доступ ЛВІН до ЗПТ.<br>2. Знижено рівень поширення ВІЛ серед ЛВІН в області.                             |
| 19. | З метою зниження уходів з АРТ   | 2018-2020 рр.    | КУ «Обласний   | Підвищено рівень утримання  |

|     |  |                      |  |  |
|-----|--|----------------------|--|--|
|     | ЛВІН/ЗПТ, забезпечити роботу за принципом «рівний-рівному».  |                      | наркологічний диспансер, НУО (за згодою) | на АРТ ЛВІН, які знаходяться на ЗПТ.   |
| 20. | НУО розширити спектр послуг для ЧСЧ у районах області, на базах філіалів організацій   | I півріччя 2018 року | НУО (за згодою)                          | 1. Проведено децентралізацію та розширено послуги ЧСЧ у районах області.<br><br>2. Зменшено рівень поширення ВІЛ серед ЧСЧ |
| 21. | Забезпечити розвиток он-лайн сервісів для представників ЧСЧ, зокрема шляхом розробки спеціальних веб-сайтів з можливістю інформування щодо засобів індивідуального захисту | Протягом 2018 р.     | НУО (за згодою)                          | 1. Покращено послуги для ЧСЧ через он-лайн сервіси.<br><br>2. Зменшено рівень поширення ВІЛ серед ЧСЧ                      |