ПОЛТАВСЬКА ОБЛАСНА РАДА
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОДА

Аналітичний звіт
щодо оцінки обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
за період 2009-2016рр.
у Полтавській області

Полтава - 2017

Автори звіту:

Головний лікар Полтавського обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом Даниленко О.В.

Заступник головного лікаря з профілактичної, організаційно-методичної роботи та епідмоніторингу Михайлова К.І.

Керівник відділу моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Полтавського обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом Тютюнник І.М.

Контактні телефони:

(0532) 60-60-37 - Полтавський обласний центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом

(0532) 53 74 81 - відділ моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Рецензент: Марія Самко, фахівець з управляння системою охорони здоров'я

Аналітичний звіт щодо оцінки програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу «Забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на IV квартал 2011-2013 роки» та «Обласна цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції СНІДу на 2015-2018 роки» відображає вплив реалізації програмних заходів на епідемію в області за період 2009-2016рр. Оцінювання проводилось шляхом порівняльного аналізу показників різних рівнів системи моніторингу та оцінки – вкладу, процесу, результату, наслідків та впливу, індикаторів виконання програмних заходів в Полтавській області за період їх реалізації 2009-2016 роки, а також виконання основних індикаторів Плану МіО, та окремого оцінювання п'яти основних напрямків діяльності таких як КІТ, АРТ, ЛВІН, ПКС та ЧСЧ. Крім того, був побудований крос-секційний каскад лікування з урахуванням рекомендацій ВООЗ.

Забезпечення ефективного стратегічного планування подальших заходів неможливе без підбиття підсумків проведеної роботи та об'єктивного, незалежного аналізу національної відповіді на епідемію. Проведення аналізу покликано з'ясувати стан виконання програмних заходів з протидії ВІЛ/СНІДу, отримати оцінку відповіді області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Результати Оцінки можуть бути використані для інформування представників влади та осіб, що приймають рішення, а також громадськість про хід реалізації програми та її результати. Крім того дана оцінка є важливим підґрунтям для розробки обласної програми на наступний період 2019–2023 роки, яка має відповідати новій стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track), та забезпечить виконання цільових показників «90-90-90».

За результатами аналізу кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щороку збільшується, при цьому рівень доступу до послуг з лікування, особливо серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, є недостатнім, тому рівень захворюваності на ВІЛ – інфекцію та смертності від СНІДу залишається високим. Динаміка і оцінка основних епідеміологічних показників не дають змоги вважати епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу сприятливою.

Фактичні твердження та результати досліджень виведені у звіті, є інформацією, отриманою з офіційних джерел з використанням інструментів, встановлених та не заборонених чинним законодавством України.

Звіт щодо оцінки регіональної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу підготовлений Полтавським обласним Центром профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом в рамках проекту МЕТІДА за фінансової підтримки Альянсу громадського здоров'я з урахуванням рекомендацій ВООЗ, Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

ЗМІСТ

1. Список скорочень ……..

2. Вступ ……..

3. Методологія

4. Основні результати

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

4.2 Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р.

4.3. Аналіз заходів Програми у відповідності до 5 напрямків ВООЗ

4.4. Питання, для подальшого вивчення

5. Висновки

6. Рекомендації

7. План заходів.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРТ антиретровірусна терапія

ВІЛ вірус імунодефіциту людини

ВООЗ Всесвітня організація охорони здоров'я

ГО громадська організація

ГПР групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ

ГФ Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією

ДЕН дозорний епідемічний нагляд

ДПтСУ Державна пенітенціарна служба України

ЗОЗ заклади охорони здоров'я

ЗПТ замісна підтримуюча терапія

ЕН епідеміологічний нагляд

ІПСШ інфекції, що передаються статевим шляхом

КІТ консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

ЛЖВ люди, які живуть з ВІЛ

ЛВІН люди, які вживають ін'єкційні наркотики

ПТС протитуберкульозна служба

ППМД профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини

ПКС працівники комерційного сексу

ТБ туберкульоз

СЕМ сероепідеміологічний моніторинг

СНІД синдром набутого імунодефіциту

ЧСЧ чоловіки, які мають секс із чоловіками

ШТ швидкий тест

ОСПК обласна станція переливання крові

ВСТУП

Епідемія ВІЛ-інфекції в області характеризується її широким поширенням серед різних верств населення і в першу чергу серед осіб, які належать до груп високого ризику інфікування, домінуванням статевого шляху передачі та переважним ураження осіб репродуктивного віку. У зв'язку з цим подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є пріоритетним напрямком соціальної політики.

Одним із механізмів реалізації політики у сфері боротьби із захворюванням на ВІЛ/СНІД в області є виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Протягом 2013-2016рр. в Полтавській області реалізовувались дві обласні програми з протидії ВІЛ/СНІДу (обласна Програма «Забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на IV квартал 2011-2013 роки"; «Обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції СНІДу на 2015-2018 роки»), які відрізнялися, переліком заходів, а також обсягом ресурсів їх фінансування.

Рішенням сесії обласної ради від 02.10.2015 була прийнята обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки, (далі обласна Програма) з загальним обсягом фінансування – 117682,4 тис. грн., в тому числі за рахунок державного бюджету - 103 535,9 тис. грн., з ресурсів обласного бюджету – 7373,1 тис. грн., з районних, міських бюджетів – 1 400,0 тис.грн. Діюча обласна Програма передбачає також фінансування з міжнародних джерел та громадських організацій, що працюють в сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу – 5379,4 тис.грн.

Завдяки реалізації програмних заходів:

- в області забезпечено 100% тестування вагітних на ВІЛ; на базі лабораторії обласного Центру СНІДу організовано та забезпечено проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, шляхом визначення провірусної ДНК ВІЛ-1 у зразках крові методом ПЛР; в 99% випадків забезпечено охоплення матерів та дітей профілактичним лікуванням антиретровірусними препаратами, всім потребуючим діткам до року, народженим ВІЛ-інфікованими жінками, видаються дитячі молочні суміші;
- з метою запобігання випадкам передачі ВІЛ-інфекції через кров, в області забезпечено 100% тестування донорської крові її компонентів на ВІЛ. Службою крові як допоміжний засіб запобігання передачі ВІЛ через донорську кров впроваджені карантинізація донорської плазми, а також звірка списків донорів, сироватка яких витримала термін карантинізації. Випадків передачі ВІЛ через кров та її компоненти в області не зареєстровано.
- в повному обсязі забезпечено профілактичне лікування осіб, які мали контакт з біологічними рідинами, пов'язаний з ризиком інфікування ВІЛ. Завдяки цьому випадків ВІЛ-інфікування на робочому місці серед медичних працівників по області не зареєстровано;
- активно продовжувалось розширення доступу до антиретровірусного лікування та її децентралізація. Станом на 01.01.2014 року охоплення АРТ становило 95% від потребуючих;
- здійснювалась децентралізація медичних послуг за місцем проживання хворих: було зміцнено матеріально-технічний стан 6 кабінетів «Довіра», що дало можливість на їх базі відкрити сайти АРТ;

Однак не дивлячись на певні досягнення, комплексом заходів протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, що проводились в області в межах обласної Програми на IV квартал 2011-2013 роки", не вдалося припинити поширення ВІЛ-інфекції серед населення області. Інформаційно-просвітницькі та профілактичні програми не забезпечили достатнього впливу

на перебіг ВІЛ-інфекції/СНІДу серед загального населення та вразливих щодо інфікування ВІЛ його груп.

Причинами недостатньої результативності цієї Програми були обмежені бюджети та відсутність дієвих механізмів координації, контролю за процесом підготовки та виконання прийнятих рішень, оцінки ефективності і результативності заходів.

Актуальність розроблення чергової «Обласної цільової соціальної Програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки» була зумовлена також необхідністю створення ефективної системи дієвих заходів щодо запобігання в подальшому поширенню ВІЛ-інфекції, зниженню рівня смертності від захворювань, зумовлених СНІДом та покращання стану життя ВІЛ-інфікованих громадян, шляхом надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед серед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ; послуг з лікування, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ.

Програма включає п'ять розділів заходів, реалізація яких направлена на зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, шляхом забезпечення створення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції.

Основні напрямки роботи, які передбачені обласною Програмою, ґрунтуються на дотриманні прав людини, враховують сьогоденні потреби населення у безоплатному та вільному доступі до послуг з консультування та тестування на ВІЛ, забезпечують пріоритетність охоплення своєчасним лікуванням, доглядом і підтримкою людей, які живуть з ВІЛ, та інших осіб, яких торкнулась епідемія, передбачають системне формування професійного та толерантного ставлення до інфікованих, подолання дискримінації та стигматизації.

В зв'язку з підвищенням ролі органів місцевого самоврядування у вирішенні фінансових питань, діюча Програма не має визначеного фінансування з бюджетів на 2017-2018рр. Це будуть вирішувати місцеві ради з врахуванням потреб та можливостей, а також за умови співпраці з партнерськими організаціями.

Департаментом охорони здоров'я підготовлено розпорядження голови облдержадміністрації від 9.02.2016 №46 «Про виконання завдань та плану заходів Обласної цільової соціальної Програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015-2018 роки ».

Тому першочерговими напрямками протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу місцевих Програм є планування поступового переходу на фінансове забезпечення заходів програми за рахунок коштів місцевих бюджетів (з урахуванням державного забезпечення, наприклад антиретровірусними препаратами, та тестування на ВІЛ вагітних, що здійснюється за рахунок державного бюджету).

Забезпечення ефективного стратегічного планування подальших заходів боротьби з ВІЛ/СНІД на 2019-2023 роки неможливе без підбиття підсумків проведеної роботи та об'єктивного, незалежного аналізу національної відповіді на епідемію.

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

Об'єкт:
оцінювались обласні програми: «Забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на IV квартал 2011-2013 роки"; «Обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції СНІДу на 2015-2018 роки», що реалізувались в області впродовж 2009-2016 років.

Завдання:
1. Проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, досягнення індикаторів регіональної програми, індикаторів плану моніторингу та оцінки ефективності

виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (Плану МіО), цільових показників «90-90-90».

2. Проаналізувати реалізацію регіональної програми за ключовими напрямками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).
3. Проаналізувати реалізацію регіональної програми розглянувши ті заходи, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги.
4. Розробити рекомендації для формування регіональної програми на 2018–2023 рр. та внесення змін до комплексної програми для забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на обласному рівні.

Результати Оцінки можуть бути використані для:

1) інформування громадян про хід реалізації програми та її результати;
2) раціонального розподілу фінансових та управлінських ресурсів; підвищення якості результатів програми; підвищення якості управління програми;
3) як обґрунтування для прийняття рішень щодо продовження/припинення програм, внесення змін до політик;
4) сприяння освіті та мотивації установ, зацікавлених сторін, даючи їм можливість співвідносити свою діяльність відповідним цілям.

МЕТОДОЛОГІЯ

- Підхід оцінки обласних Програм поєднує рекомендації ВООЗ, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз.
- Оцінка обласних Програм починається з кабінетного дослідження. Першочергово оцінюється вплив Програм на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу. Для цього було обрано ключові індикатори впливу (захворюваність, смертність та ін., включаючи індикатори впливу Плану МіО. Наступним кроком пропонується оцінити виконання інших індикаторів Плану МіО, досягнення каскадних індикаторів, а також додаткових індикаторів, визначених на рівні регіону (див. Додаток 1). (Див. Рис.1).

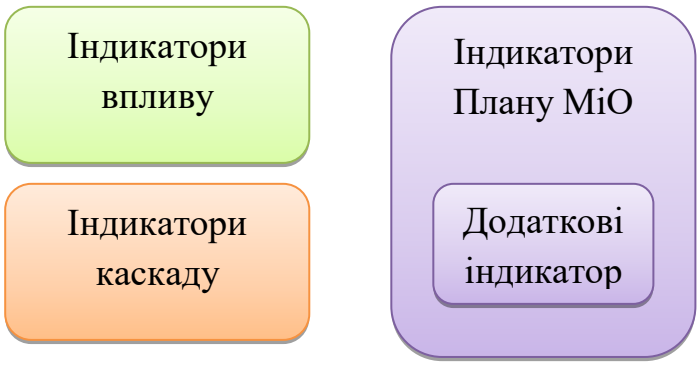


Рис.1 Типи індикаторів, які будуть використовуватися для оцінки регіональної Програми.

В рамках проведення оцінки передбачається побудова каскаду лікування. В основі побудови каскаду є рекомендації ВООЗ[1], які було адаптовано з урахуванням особливостей системи епіднагляду на регіональному рівні.

Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів, буде сформовано перелік індикаторів, які не досягли цільових значень або опосередковано свідчать про необхідність додаткового вивчення ситуації.

Для цього буде сформовано ***перший блок підпитань*** для додаткового пошуку інформації.

ВООЗ виділяє 15 основних напрямків для проведення оцінки. У рамках проведення цієї оцінки, було обрано п’ять напрямків програмних заходів регіональної Програми, які мають найбільший вклад у каскад лікування:

- Антиретровірусна терапія (АРТ) (включно з АРТ для ключових груп населення (КГН) та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ)
- Консультування і тестування на ВІЛ (КіТ) (включно з КіТ серед КГН)
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН)
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ)
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для працівників комерційного сексу (ПКС)

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

1. Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?

2. Чи охоплені потрібні люди?

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

4.Чи правильно виконуються ці заходи?

5.Чи заходи, які виконуються, є релевантними?

Після цього буде проведено співставлення заходів Програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці питання, буде зібрано вторинні дані, аналіз яких дозволить сформувати ***другий блок підпитань***.

Два блоки підпитань буде об’єднано у загальний список проміжних питань (Матриця аналізу даних – Додаток 2), для відповіді на які буде зібрано додаткові кількісні вторинні дані або проведено регіональні зустрічі і консультації.

Збір наявної кількісної інформації відбуватиметься за наступними основними джерелами:

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

інші (залежно від потреб).

В результаті буде проведено синтез та аналіз даних, який дасть відповіді на питання щодо факторів впливу на результативність Програми. Схема загального підходу Оцінки зображено на Рис.2.

Рис.2 Схема загального підходу до оцінки Програми.

На підставі отриманих даних формуються висновки та рекомендації для розробки наступної Програми або внесення змін до діючої комплексної програми.

4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

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

Незважаючи на досягнення значного прогресу в протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, в умовах трансформації усіх сфер життєдіяльності, економічної кризи та військового конфлікту на сході країни, ВІЛ-інфекція в області продовжує поширюватись. В Полтавській області епідемія ВІЛ-інфекції перебуває в концентрованій стадії, високий рівень поширення ВІЛ-інфекції спостерігається серед осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо

інфікування ВІЛ (ЛВІН, ПКС, ЧСЧ), переважним ураженням осіб працездатного віку, нерівномірним поширенням та зміною основного шляху передачі ВІЛ з парентерального на статевий, рівень доступу до послуг з консультування, тестування і лікування, щодо інфікування ВІЛ, є недостатнім, тому рівень захворюваності на ВІЛ - інфекцію та смертності від СНІДу залишається високим.

Впродовж останніх років в області реєструється від 450- 500 нових випадків ВІЛ-інфікувань, 200-280 хворих на СНІД щороку. Від реєстрації першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і на 1 січня 2017 р. в області зареєстровано 6294 випадки ВІЛ-інфекції, зокрема 2296 захворювань на СНІД та 1061 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. За останні роки спостерігається збільшення відсотку осіб, яких було взято під медичний нагляд на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції з 46% у 2013р. до 53,8% - у 2016р. До 30% складають випадки ВІЛ виявлені за клінічними показаннями. Станом на 01.01.2017р. 3376 осіб перебуває під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я, де 31% з них знаходяться у термінальній стадії захворювання. Все це свідчить про зрілість епідемії в області і є одним із найвагоміших аргументів для залучення первинної мережі в процес раннього виявлення інфекції.

За рівнем захворюваності на ВІЛ область відноситься до регіонів з середнім рівнем значення цього показника. Значної відмінності між значенням цього показника і послідовної тенденції до росту або зниження його значення протягом 2009-2016рр. не прослідковується (2009- 27,1 на 100 тис.нас.; 2016 -28,3 на 100 тис.нас.). Впродовж останніх років зростає питома вага виявлених нових випадків ВІЛ швидкими тестами. Активно включається до раннього виявлення ВІЛ первинна ланка охорони здоров'я області.

Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН впродовж 2009-2016рр. не є досить стабільним (2009р.- 21,0 на 100 тис.нас.; 2010- 31,5 на 100 тис.нас.; 2015р.-21,3 на 100 тис.нас.; 2016р.-34,4 на 100 тис.нас.) На значення цього показника великий вплив має наявність мережі служби СНІДу, недостатнє кадрове забезпечення кабінетів «Довіра», підготовленість спеціалістів загальної мережі з питань ВІЛ/СНІДу, якість консультування та супроводу нововиявлених випадків ВІЛ, а також наявність співпраці з місцевими громадськими організаціями.

Статевий шлях передачі залишається домінуючим і на кінець 2016р. склав -52,6%, парентеральний, в основному при вживанні наркотичних речовин внутрішньовенним шляхом -31,1%, від матері до дитини -16,3, не встановлений-0

Серед офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих області більше 64% складають особи репродуктивного та працездатного віку від 20 до 40 років; співвідношення між чоловіками і жінками відповідно 1,3:1. Серед загальної кількості обстежених, на долю тестувань вагітних (код 109) припадає 22% від загальної кількості обстежених, у 31 (0,23%) вагітних, виявлено ВІЛ, з них у 2 випадках за кодом 109.2.

За період 2009-2016 роки кількість випадків СНІДу зменшилась з 256 в 2014р. до 211. Захворюваність на СНІД склала 14,7 на 100 тис.нас. Найвищі показники захворюваності на СНІД зареєстровані в Диканському (31,5), Гребінківському (31,0), м.Полтава (25,1), Кобеляцькому (23,5) районах.

Продовжують впливати на епідемічну ситуацію офіційно зареєстровані ВІЛ-інфіковані особи в закладах пенітенціарної системи. Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ впродовж останніх років в області перевищує 90%. Завдяки тісній співпраці Департаменту охорони здоров'я та Департаменту виконання покарань в області забезпечений безперешкодний доступ до обстеження на ВІЛ, лікування та його лабораторного супроводу Впродовж 2016 року було взято на ДО 51 особу з діагнозом ВІЛ, 13- з діагнозом СНІД. Загальна кількість диспансерних ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД в місцях позбавлення волі станом на 01.01.2017р. становить 183 особи, з них 51 – хворий на СНІД. Показник поширеності ВІЛ-інфекції за 2016 рік склав 235,9 на 100 тис.нас. (в 2015 році -222,5 на 100 тис.нас.). Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано в м.Полтава 449,1 тис.нас., Пирятинському (443,5), Диканському (372,2), Полтавському (315,5), районах.

Поширеність ВІЛ за даними РЕН, серед осіб 15+: Полтавська область включає в себе 3 міста та 25 районів. На сьогодні лише в Козельщинському районі області показник поширеності ВІЛ становить 50,0 на 100 тис. нас. Хоча реєстрація поодиноких випадків ВІЛ/СНІДу в деяких районах, скоріш за все свідчить не про відсутність розвитку епідпроцесу, а про низький рівень підготовки та настороженість спеціалістів загально-лікувальної мережі щодо виявлення ВІЛ-інфекції.

Проаналізувати рівень поширеності ВІЛ серед молодих людей віком 15-24 рр., можливо лише за період 2013-2016рр.: впродовж 4 років відбувалось щорічне зниження показника. У порівнянні з 2012р. у 2016р. відповідний показник знизився удвічі (з 0,36% у 2013р. до 0,18% у 2016р.) Зниження питомої ваги молодих людей серед вперше зареєстрованих осіб впродовж року скоріше за все - це результат освітніх профілактичних програм, створення молодіжних центрів, тісна співпраця по реалізації профілактичних програм лікувальної мережі, освітян та громадських організацій, які працюють в просторі ВІЛ/СНІДу. За даними Департаменту освіти і науки усі загальноосвітні навчальні заклади області мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, відсоток складає 100.

Поширеність ВІЛ серед вагітних – показник, який є індикатором поширення ВІЛ серед загального населення – за період 2009-2016рр. змінювався як у бік як зростання так зниження (від 0,15% у 2009р. до 0,33% у 2014р.). Значна відмінність цього показника відбулась у 2013р. коли нормативною базою було започаткована реєстрація випадків ВІЛ в особах. У подальших роках прослідковується зменшення майже у 2 рази кількості обстежених вагітних і відповідно зростання показника поширеності ВІЛ серед вагітних. Вагітні області 100% охоплені 2-х кратним обстеження на ВІЛ, з 2016р. -3-х кратним (за показаннями).

В області станом на 01.01.2017 на диспансерному обліку перебувало 94 ВІЛ-інфікованих вагітних (2015-112), в 63 випадках вагітність закінчилась пологами, народилось 64 дитини (в одному випадку –двійня). З метою попередження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед новонароджених, отримали профілактику вертикальної трансмісії 63 вагітних, охоплення профілактикою - 100%.

За період 1997р. і станом на 01.01.2017р. по області було зареєстровано 987 дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів. На диспансерному обліку області станом на 01.01.2017р.перебувало 178 дітей, з них 53 - з встановленим діагнозом, 9 - хворих на СНІД. Впродовж року взято на диспансерний облік 66 дітей.

Завдяки реалізації заходів з профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ в області впродовж останніх років вдалось значно знизити показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини з 12% у 2006р. до 2,4% - у 2014р. У 2014р. було досягнуто його цільового значення. Реєстрація поодиноких випадків передачі вірусу від матері до дитини була обумовлена асоціальною поведінкою батьків, відмовою ВІЛ-інфікованих матерів від диспансерного нагляду, обстеження дитини та неприйняттям ВІЛ статусу.

ВІЛ-інфіковані діти до року, при встановленні на офіційний облік, безоплатно забезпечується адаптованими молочними сумішами (за згодою батьків). В 2016 році за кошти обласного бюджету закуплено молочних сумішей на суму 183 тис. грн.; виплачено матеріальну допомогу на загальну суму 244, 9 тис.грн.

Показник смертності населення від хвороби, зумовленої ВІЛ в області за період 2009-2016рр. зростав до 2013р. (з 5,0 до 9,7 на 100 тис.нас.) У 2013р. було зареєстровано його зниження майже у 2 рази (з 9,7 до 5,5 на 100 тис.нас.) Протягом 2014-2016рр. спостерігається зворотне зростання рівня смертності до рівня 2013р. - 5,5 на 100 тис.нас., що майже в два рази менше цільового значення. Безпосередній вплив на формування відповідного показника в області, як і в цілому по Україні, має зростання поєднаної патології ВІЛ/ТБ, реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції у термінальній стадії захворювання, присутність стигми та дискримінації.

Показник смертності серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті серед осіб віком 15+ до 2013 року мав тенденцію до зростання (з 8,3 до 11,7 на 100 тис.нас.).

Можливо це було обумовлено недостатнім доступом до спеціалізованого лікування ВІЛ, низькою насторогою лікарів до ВІЛ/СНІДу. З 2013 року відповідний показник дещо знизився і тримається на рівні 9,0 на 100 тис.нас. З метою стабілізації та зниження цього показника в області активізована робота по розширенню доступу до ВААРТ, підготовці спеціалістів з питань ВІЛ/СНІДу, в тому числі і сімейних лікарів.

Показник смертності серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті за причинами безпосередньо пов'язаними з ВІЛ-інфекцією, серед осіб віком 15+, як і попередній показник зростав до 2013р. (з 5,0 до 9,4 на 100 тис.нас). Впродовж останніх років завдяки активізації по охопленню диспансерної групи антиретровірусним лікуванням, роботі громадських організацій з питань прихильності до ВААРТ, вдалось дещо знизити смертність до 5,4 на 100 тис.нас. у 2016р.

Смертність у більшості випадків обумовлена поєднаною патологією ВІЛ/ТБ, а також низькою прихильністю як до АРТ так і до протитуберкульозного лікування.

Основною ко-інфекцією та причиною смерті у хворих на СНІД залишається туберкульоз. Рівень смертності від туберкульозу серед хворих з поєднаною патологією ТБ/ВІЛ за період 2010-2016рр. знизився у 2 рази з 4,3 на 100 тис. нас у 2010 до 2,1 на 100 тис.нас в 2016р, що в два рази менше цільового значення

В області станом на 01.01.2017 зареєстровано 1601 пацієнт з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, з них померло – 729 осіб, продовжують перебувати під диспансерним наглядом – 872 хворих. Протягом 2016 року було вперше виявлено з ВІЛ-інфекцією/туберкульозом 100 випадків, з них призначено АРТ 82 (82%) пацієнтам, померло - 30 осіб..

За результатами аналізу Полтавська область була віднесена до регіонів які мали найнижчий показник охоплення профілактичним лікуванням ко-тримоксазолом -57% (по Україні 82%). Рівень охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи в області за період 2013-2016рр. не дивлячись на його зростання з 3,9% до 12,14%, залишається дуже не значним. Позитивна тенденція зменшення кількості смертей, охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом в області обумовлені введенням в штат обласного Центру СНІДу посади лікаря-фтизіатра, активізацією співпраці працівників тубслужби зі спеціалістами обласного Центру СНІДу, районних фтизіатрів з лікарями-інфекціоністами ЦРЛ, МЛ області, підготовкою фтизіатрів з питань КіТ на ВІЛ, проведенням спільних семінарів, моніторингових візитів до лікувально-профілактичних закладів області, що дає можливість проводити звірку, в т.ч. і тих, хто хворіє, хворів на ТБ, проходив хіміопрофілактику.

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, у 2015р. склав 21,7%, проти 2009 р (23,7%). Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, у 2015р. знизився до 8,9% з 19,3% у 2009р. Відсоток ВІЛ-інфікованих чоловіків, які мають секс із чоловіками, не є стабільним з року в рік: у 2015р. він був на рівні 1%. Ця група ризику в області і до цього часу залишається найбільш закритою. Лише реєструються поодинокі випадки звернень представників ЧСЧ до спеціалістів обласного Центру СНІДу з приводу обстеження на ВІЛ. Тому і маємо за даними сероепідеміологічного моніторингу мізерну питому вагу даної групи серед загальної кількості обстежених впродовж року.

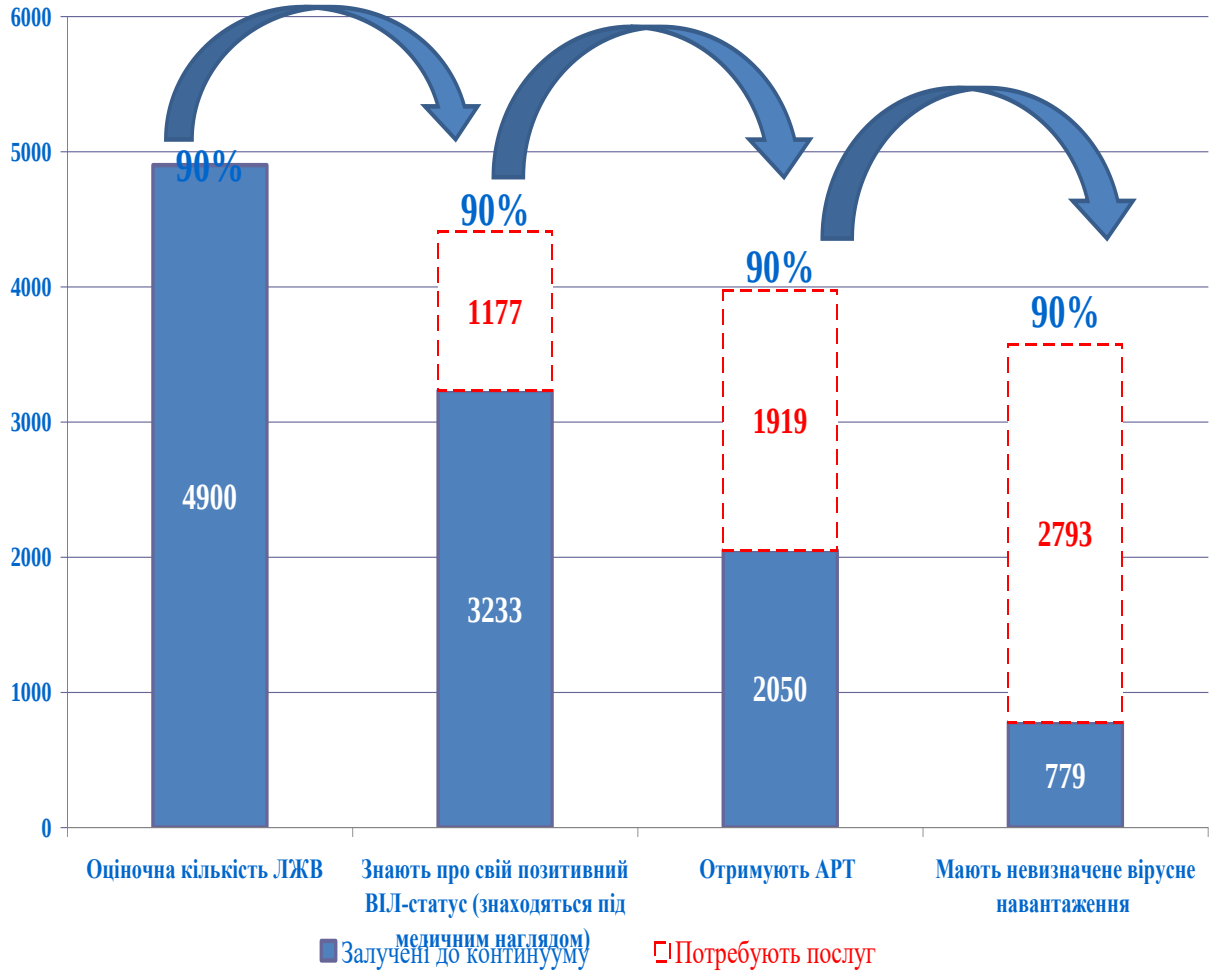
Таким чином динаміка і оцінка основних епідеміологічних показників не дають змоги вважати епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу сприятливою.

Дискримінація та стигматизація по відношенню до ВІЛ-позитивних людей унеможливлює отримувати ВІЛ-інфікованим якісне і повноцінне лікування та проходити диспансерний нагляд за місцем проживання хворих. Через недостатність кадрового та матеріально-технічного забезпечення кабінетів «Довіра» в районах області, плинність підготовлених кадрів кабінетів, враховуючи обмежений доступ до обстежень населення, загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ в області продовжує поширюватись.

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

Відповідно до міжнародних зобов'язань країни та з урахуванням рекомендацій ВООЗ та ЮНЕЙДС, обов'язковими вихідними параметрами інтегрованого епідеміологічного нагляду та аналізу забезпеченості безперервності надання медичної допомоги є каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ.

Побудова каскаду має важливе значення для оцінки ступеню досягнення цілей, що відповідають зниженню захворюваності та смертності, включаючи стратегічні цілі ЮНЕЙДС 90-90-90.



Аналіз каскадних даних відображає послідовність наданих послуг у зв'язку з ВІЛ та поступове скорочення кількості осіб, які отримують такі послуги, дає змогу визначити обсяги скорочень кількості ЛЖВ, які отримують послуги, та привернути увагу до основних перешкод на шляху забезпечення універсального доступу до АРТ у масштабах, необхідних для здійснення контролю за епідемією ВІЛ-інфекції.

Оціночна кількість людей які живуть з ВІЛ у Полтавській області становить 4900 осіб, 66% з них (3233 особи, без 143 дітей, які були народжені від ВІЛ-позитивних матерів та їх ВІЛ-статус знаходиться на підтвердженні) перебувають на медичному обліку в області. Решта - 34% (1667 осіб) - це ті особи, що або не знають свій статус, або вважають за непотрібне стати на медичний облік з приводу наявності ВІЛ-інфекції. Для досягнення цілі 90% (що становить 4410 особи) стратегії прискорених заходів Fast Track «90-90-90» необхідно охопити 1177 осіб, тобто тих людей, хто був протестований та знає свій ВІЛ-позитивний статус. А для цього, в першу чергу, потрібно впровадити заходи, які зможуть вирішити проблему втрати зв'язку з пацієнтами після отримання позитивного результату тесту на ВІЛ-інфекцію, пізньої постановки на медичний облік; проблеми як внутрішньої

стигми і дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб, так і з боку медичних працівників; проблеми великої бюрократії в процесі постановки на облік ВІЛ-інфікованих осіб, що дуже затягує сам процес та відохочує пацієнтів дійти до кінця всієї процедури та стати на облік.

2050 ВІЛ-позитивних осіб, що становить 63% від диспансерної групи, отримають АРТ. Це на 1919 осіб менше від цільового значення. Але та ж сама кількість пацієнтів на АРТ складає 86% від активної диспансерної групи (2379 осіб), що свідчить про більш вірогідне призначення АРТ саме представникам активної диспансерної групи.

З 2050 пацієнтів, що отримують АРТ, тільки 779 мають невизначене вірусне навантаження, що становить 38%. Тобто, різниця між попереднім етапом складає 62%, що є найбільшим зниженням порівняно зі зниженнями на двох попередніх етапах. Для досягнення цільового показника, що становить 3572 особи необхідно, щоб невизначене вірусне навантаження мали 2793 ВІЛ-інфіковані особи, що отримують АРТ. Результативність даного етапу каскаду лікування залежить не тільки від рівня охоплення ВІЛ-інфікованих осіб тестуванням на вірусне навантаження, але й від рівня виконання цільових показників на двох попередніх етапах.

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

Антиретровірусна терапія (АРТ).

Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?

Розширення доступу до АРТ сприяє зниженню показників захворюваності, смертності від СНІДу та поширеності ВІЛ серед населення.

В Полтавській області показник зняття з диспансерного нагляду у зв'язку зі смертю становить 2,3% і протягом 2012-2016рр. знизився більше ніж в 2 рази (з 5,6% у 2012 до 2,3% у 2016р.).

Основною причиною смерті у хворих на СНІД в області, як і в цілому по Україні, залишається туберкульоз. Частка летальних випадків, що обумовлені поєднаною патологією ВІЛ/ТБ, серед загальної кількості померлих від СНІДу складає до 40%, що є значним прогресом у порівнянні з 68,8% в 2012 році. Також значний відсоток (до 20%) серед причин смерті продовжують становити хронічні гепатити, асоційовані з вірусними інфекціями гепатитів В, С.

Кількість пацієнтів, які отримують АРТ на кінець 2016р., зросла у порівнянні з 2009р. майже у 7 раз (з 300 осіб на кінець 2009р., до 2050- у 2016р.). В той же час, частка тих, хто отримував АРТ серед померлих постійно зростає з 5,7 в 2009 до 31,3% в 2016 році (серед померлих, хто став на облік в тому ж році це значення доходить до 50%), що може бути обумовлено пізнім зверненням (на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції) в медичний заклад та постановкою на облік.

Однак, спостерігається зменшення рівня смертності серед тих, хто потребував, але не отримував АРТ з 56% в 2009 до 28% в 2016. В той же час, майже 93% помирає тих, хто не отримував АРТ, але потребував його в порівнянні з 2% смертей серед тих, хто отримував АРТ. Основні причини смерті серед тих, хто отримує лікування: пізній початок лікування, низька прихильність до лікування (стоп АРТ), синдром відновлення імунної системи. Основна причина не введення в АРТ - це відсутність прихильності до лікування, відмова від лікування.

В той же час, відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують відповідне лікування через 12 місяців після його початку майже досягає його цільового значення (83,3%), що свідчить про якість організації лікування, роботу мультидисциплінарних команд, результат децентралізації та інтеграції медичних послуг, соціального супроводу, впровадження в області Єдиної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширеності ВІЛ інфекції (МІС ВІЛ).

Підсумовуючи, необхідно зауважити, що спостерігається розширення доступу до ВААРТ в області з темпом приросту введених в лікування від 10 до 30%. Випадки смерті

серед пацієнтів, які отримують лікування, продовжують становити значний відсоток, що говорить про виявлення та реєстрацію ВІЛ-інфікованих на пізніх стадіях інфекції.

Для покращання показників захворюваності та смертності від СНІДу в області необхідно: покращити виявлення ВІЛ-інфекції на ранніх стадіях шляхом розширення тестування швидкими тестами та запровадити ефективне доведення пацієнтів до медичних закладів для підтвердження ВІЛ статусу та постановки на облік. Крім того, посилити контроль за станом лікування, а для цього в першу чергу зміцнити кадровий потенціал кабінетів «Довіра» та забезпечити соціальний супровід лікування в містах та районах області.

Чи охоплені потрібні люди?

Охоплення АРТ диспансерної групи зросло з 15,5% в 2009 до 61% в 2016 році. Рівень охоплення ВІЛ-інфікованих дітей сягає 100% (поодинокі випадки не охоплені АРТ були обумовлені відмовою батьків та відсутністю показань до призначення на той час). Охоплення медикаментозною профілактикою антиретровірусними препаратами вагітних та новонароджених, за кошти Державного бюджету, впродовж останніх років складає 100%. Діти, народжені ВІЛ- інфікованими жінками до одного року життя, також на 100% забезпечені замінниками грудного молока, закупленими за кошти обласного бюджету.

Охоплення АРТ пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, які перебувають під медичним наглядом сягає до 80%. В протитуберкульозних закладах: Полтавський, Кременчуцький, Лубенський обласних протитуберкульозних диспансерах - здійснюється призначення; Веприцька, Опішнянська туб лікарнях - супровід терапії (АРТ). В місцях позбавлення волі: 9 установ, з них у 5-ти наявні медичні частини, де забезпечений 100% доступ до АРТ. ВІЛ-інфіковані з наркотичною залежність отримують АРТ на сайтах ЗПТ.

Охоплення ЛВІН АРТ збільшилося у 7 раз порівняно з 2011 роком, не дивлячись на недостатній доступ до ЗПТ (34%). В той же час, серед пацієнтів, які отримують замісну терапію, ВІЛ-інфіковані споживачі ін'єкційних наркотиків продовжують становити незначну кількість (28%), з них 75% – отримує АРТ, 25% - готуються до її отримання. Послуги надаються на базі 12 сайтів ЗПТ. Соціальний супровід АРТ в області здійснюють працівники обласного Центру СНІДу, а також ГО «Світло надії». Не дивлячись на значну питому вагу осіб з парентеральним шляхом зараження, значна кількість ЛВІН залишається не охопленою лікуванням. Це обумовлено відсутністю та низькою прихильністю до лікування. Антитретровірусне терапія для хворих з поєднаною патологією ВІЛ/вірусний гепатит В є комплексною терапією, як для лікування ВІЛ, так й для зниження вірусного навантаження вірусу гепатиту В. Тому хворим з ко-інфекцією ВІЛ/гепатит В надається перевага в призначенні ВААРТ, незалежно від кількості клітин СД4. Охоплення АРТ хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/гепатит В складає - до 90%; гепатиту С- до 74% (категорія пацієнтів з низькою прихильністю до лікування).

Охоплення ЧСЧ АРТ становить 86%. З приводу кількості ПКС, охоплених АРТ, обрахувати складно, оскільки не всі пацієнти розкривають свій статус. Але необхідно відмітити, що дана категорія більш відповідально відноситься до лікування, якщо ПКС не є ЛВІН. Охоплення АРТ засуджених та ув'язнених на сьогодні становить 100% від потреби. Організація, призначення та контроль лікування здійснюється силами пенітенціарної служби.

В області на обліку перебуває 82 дискордантні пари, охоплення лікуванням 100% від потреби.

Таким чином, доступ до безоплатного антиретровірусного лікування в області забезпечений. Всі, кому необхідне лікування і хто не заперечує його призначення, отримує АРТ. В той же час, основними перешкодами для досягнення цільового показника охоплення АРТ є недостатній рівень соціального та психологічного супроводу, асоціальна поведінка значної кількості серед пацієнтів, які отримують лікування, стигма та дискримінація, що заважає отримувати лікування за місцем проживання, не достатній рівень підготовки з питань ВІЛ/СНІДу медичного персоналу загально-лікувальної мережі. Проведення цілеспрямованих заходів для медичних фахівців щодо подолання стигми до ВІЛ-інфікованих, посилення співпраці між профільними ЗОЗ з іншими ЗОЗ (первинна ланка)

щодо виявлення та реєстрації ВІЛ-інфекції, шляхом врегулювання правил передачі інформації між ЗОЗ щодо ВІЛ-позитивних пацієнтів, надасть можливість усунути перешкоди для досягнення максимального охоплення АРТ.

Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Високі значення показників захворюваності та смертності від СНІДу в області свідчать про недостатній доступ та якість надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим серед дорослих.

Близько 30% ВІЛ-інфікованих отримує АРТ за місцем проживання. Якщо брати область в цілому, то супровід до отримання АРТ більш доступніший, в порівнянні з призначенням АРТ. Оскільки, супровід лікування здійснюється в області на базі кабінетів «Довіра» окрім сайтів АРТ, в той час як лікування призначається тільки на сайтах АРТ. Наявне охоплення АРТ не є достатнім для виконання цілей «90-90-90» стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track).

Не дивлячись на постійну реалізацію заходів з надання комплексу медичних послуг за місцем проживання ВІЛ-інфікованих хворих, на сьогодні призначення АРТ у 70% випадків здійснюється на базі обласного Центру СНІДу. Доступ до препаратів забезпечений як в робочі так і в святкові дні.

Відкриттю нового сайту передує наявність та підготовка кадрів з питань АРТ, організація лабораторного та соціального його супроводу. Кадровий потенціал та матеріально-технічне оснащення кабінетів «Довіра» не достатнє і потребує дооснащення. На сьогодні в рамках реформи охорони здоров'я, коли переглядається взагалі доцільність функціонування певних ЦРЛ, МЛ, складно знайти підстави для зміцнення кадрового потенціалу кабінетів «Довіра».

Проблематичним є і те, що працівники кабінетів безпосередньо підпорядковуються керівнику лікувального закладу на базі якого функціонують. Тому на скільки % укомплектований кабінет «Довіра» лікарями, середнім медичним персоналом залежить від адміністрації окремих ЗОЗ. Керівників це питання хвилює настільки, наскільки забезпечується робота КіЗу (оскільки у більшості випадків кабінети створені на базі КіЗів). І якщо у випадку, коли ВІЛ-інфікований не отримає певну послугу за місцем проживання, він її може отримати в області.

На базі обласного центру, районів, де функціонують сайти інтегрованої допомоги, АРТ та ЗПТ (48% із наявних медичних установ) соціальний супровід забезпечений. У віддалених містах та районах, де не достатнє кадрове забезпечення кабінетів «Довіра» - відсутній соціальний супровід та якісний моніторинг антиретровірусного лікування, супровід лікування соціальні працівники здійснюють в основному в телефонному режимі.

Значна кількість пацієнтів, які отримують АРТ втрачається при закінченні лікування на базі обласних спеціалізованих закладів. Коли пацієнти виписуються за місцем проживання, є випадки коли такого постійного місця у них не має, та навіть коли і є при покращанні стану здоров'я, більшість не мають бажання звертатись до ЛПЗ за місцем проживання. Основними чинниками ігнорування продовження лікування АРТ є зловживання алкоголю, наркотиків, стигма та дискримінація, відсутність постійного соціального супроводу. Рівень догляду та підтримки є дуже низьким – 18% ЛЖВ. В той же час, прихильність до АРТ є досить високою – 90%. Все це свідчить про досить високий рівень виконання заходів щодо прихильності та недостатній рівень догляду та підтримки.

Для покращання доступу, стану надання, утримання пацієнтів на АРТ необхідно продовжувати децентралізацію цієї послуги. Для створення нових сайтів АРТ необхідно зміцнити кадровий потенціал кабінету «Довіра», розширити сферу діяльності громадських організацій у віддалених від обласного центру населений пунктах області, розширити маршрут мобільної амбулаторії, впровадити можливість отримання рецептурного АРТ в аптеках, а також можливість лікування ВІЛ-інфікованого під керівництвом сімейного лікаря за місцем проживання.

Чи виконуються ці заходи правильно?

Моніторинг лікування здійснюють лікарі-інфекціоністи обласного Центру СНІДу, медичні працівники ЛПЗ - сайтів АРТ, шляхом когортного аналізу, аналізу звітно-облікових форм (ф.56,57, електронного інструменту), результатів лабораторних обстежень (імунологічних та вірусологічних).

Медикаментозна постконтактна профілактика ВІЛ здійснюється спеціалістами як кабінетів «Довіра» міст та районів області так і спеціалістами обласного Центру СНІДу.

Лабораторний моніторинг АРТ (визначення ВН, СД4) здійснюється на базі лабораторії обласного Центру СНІДу. Не достатнє охоплення лабораторним супроводом (46,3%) спричинене не достатнім доступом до лабораторної діагностики (періодичною відсутністю тест-систем, реагентів та виходом з ладу діагностичного обладнання.

Наказом МОЗ України від 12.07.2016 № 691 Полтавська область була внесена в перелік регіонів, де запроваджена дослідна експлуатація Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції до переходу на промислову експлуатацію. Відповідно до наказу ДОЗ ОДА від 4.08.2016 №652 комп'ютерне обладнання було передано на кабінети «Довіра» міст та районів області, ЦПМСД мм. Полтави, Кременчука, Полтавського району, сайт АРТ Полтавського обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру, сайт інтегрованої допомоги Полтавського обласного наркологічного диспансеру. Можливо впровадження електронної програми МІС ВІЛ забезпечить більш якісний моніторинг, виключить дублювання випадків ВІЛ, покращить зв'язок обласного Центру СНІДу не тільки з містами та районами області, а й регіонами країни взагалі.

Чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?

Введення пацієнтів в антиретровірусну терапію в області проводиться відповідно до плану МОЗ України та при наявності медикаментів антиретровірусної терапії. Фактичне фінансування АРТ на сьогодні не відповідає запланованому. Розширення доступу до АРТ відбувається відповідно до розширення диспансерної групи, враховуючи певну квоту МОЗ України на її розширення. В регіоні лише 3 особи отримує високовартісні схеми лікування. Наявні людські ресурси не відповідають якісному наданні послуг для ВІЛ-інфікованих. Розширення АРТ щорічно здійснюється, а дана послуга надається ресурсами часів створення служби СНІДу. Відповідно і планування потреб в АРТ відбувається з урахування потреби, наявності кадрів та можливості держави вчасно та в повному обсязі забезпечити необхідними препаратами. Перебої у постачанні медичних препаратів ВААРТ тимчасові, відсутність препаратів певних схем перекривається на певний проміжок часу препаратами інших фондів.

Рівень охоплення лікуванням ВІЛ поступово зростає, але він все ще залишається не достатнім у порівнянні з реальними потребами (63%) від диспансерної групи. На сьогодні стан організації та надання послуг з АРТ не відповідає вимогам стратегії Fast Track «90-90-90». І основними проблемами є:

- невідповідність кадрового забезпечення, його підготовки для забезпечення якісних послуг, щорічно зростаючій кількості диспансерної групи та отримуючих АРТ, впровадженню електронних звітних та облікових форм, електронних інструментів;
- недостатня мережа ГО, особливо у відділений від обласного центру містах та районах області;
- відсутність матеріальної зацікавленості у медичного персоналу кабінетів «Довіра» до якісної роботи з групами ризику, їх утриманні на лікуванні;
- не своєчасне надходження препаратів АРТ, тест-систем та реагентів.

Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (КіТ)

Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?

Незважаючи на досягнутий прогрес в охопленні безоплатним тестуванням на ВІЛ-інфекцію ключових груп населення з 56,4% (2009рік) до 88,2% (2016рік - з 380 виявлених ВІЛ позитивних 335 взято під медичний нагляд), ще значна кількість ВІЛ-позитивних мешканців області не знає про свій ВІЛ-статус – 33,4% (1177 осіб). За період 2009-2016рр. диспансерна група зросла у 1,7 рази (з 1932 у 2009р. до 3358 на кінець 2016р., 30% з них - ЛВІН). В той же час, це складає тільки 66% від оціночної кількості ВІЛ-інфікованих , що не є достатнім для виконання стратегічних цілей ЮНЕЙДС 90-90-90.

Впровадження Порядку добровільного КіТ на ВІЛ-інфекцію є вагомим проривом в забезпеченні безперешкодного доступу до обстеження на ВІЛ, і одночасно в де якісь мірі, враховуючи діюче законодавство - добровільність, обмежує доступ до певної категорії (контактних ВІЛ-інфікованих осіб).

Не дивлячись на те, що парентеральний шлях зараження серед диспансерної групи становить значну долю, його питома вага за період 2009 -2016рр. має тенденцію до зниження (з 53,9% до 41,8%).

Відмічається також зниження % ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі)(15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ у звітному році з 62% в 2009 до 54% в 2016 році.

Чи охоплені потрібні люди?

Конкретно за звітний період відповісти на запитання наскільки ефективними є КіТ у виявленні та залученні до ВІЛ-послуг ЛЖВ серед окремих КГН складно, оскільки оціночна кількість груп ризику та ЛЖВ (ЛЖВ- 9150, ЛВІН-8000, ПКС-1500, ЧСЧ- 3000) впродовж багатьох років залишалась не змінною а в 2017р. оціночна кількість груп ризику (ЛВІН-8200, ПКС-1900, ЧСЧ-3100) і кількість (ЛЖВ-4900) була змінена, що майже у 2 рази менше цифри, якою оперували для обрахування показників до поточного року.

Більш реальніше оцінити значення послуги КіТ можливо для ЛВІН та ПКС за весь період реєстрації ВІЛ, оскільки ці групи ризику стали першими і найбільш доступними до тестувань на ВІЛ. По позитивним випадкам серед ЛВІН: найбільше ВІЛ-інфікованих було зареєстровано у 1998р.-161(8,3%) з 1927 обстежених, з 2002р. зі зменшенням кількості обстежень, зростає рівень інфікованості цієї групи (2002р.- 30(11,6%) позитивних з 258 обстежених; у 2009р. було протестовано 582 особи, 58(9,9%) з позитивним результатом. Щодо інфікованості ПКС за весь період з початку реєстрації ВІЛ, то перші позитивні випадки були зареєстровані у 1998р. (25 (0,4%) з 5272 обстежених), з 2000р. до 2009р. кількість обстежень зменшується до 200-500, впродовж року реєструються поодинокі випадки, у 2009р. рівень інфікованості становить 1,5%. Дані біоповедінкових досліджень відносно характеризують як доступ до обстежень , так і рівень інфікованості груп ризику.

Впродовж останніх років в області тестується до 60000 населення. Питома вага тестувань осіб з груп ризику складає до 10%, а доля позитивних випадків зареєстрованих серед осіб з груп ризику складає більше 25% серед загальної кількості позитивних випадків ВІЛ, що свідчить про вкрай недостатній доступ до обстежень осіб цих груп, особливо ЧСЧ.

У фтизіатричній службі забезпечений безперешкодний доступ до обстежень на ВІЛ. Рівень виявлення вперше діагностованого ТБ за період 2009-2016рр. не має послідовної тенденції до зниження чи зростання випадків. З 2013р. в області впроваджений електронний реєстр ТБ, в тому числі і ко-інфекції ТБ/ВІЛ, що дало можливість більш прицільно проводити звірку реєстрації випадків фтизіатричною та службою СНІДу. За даними сероепідмоніторингу у 2016р. тестування за клінічними показаннями фтизіатричної служби займають 52% серед обстежень дітей (код 113.1) та 15% серед дорослого населення (код 113.2). Інфікованість групи обстежених за кодом 113.2 (фтиз.) у 2016р. склала -4,5%, у 2013р.-2,5%. На епідеміологічну ситуацію з ВІЛ/СНІДу продовжують впливати заклади пенітенціарної служби. Щорічно закладами виконання покарань реєструється близько 50 нових випадків ВІЛ. Доступ до КіТ пенітенціарною службою забезпечений на 100%.

На якість КіТ продовжує впливати досить високий рівень стигми та дискримінації по відношенню до ВІЛ-інфікованих осіб, особливо у невеликих містах та районах області. У більшості випадків медичні працівники не переймаються проблемами відповідної категорії населення, а особи КГН у відповідь намагаються не привертати зайвої уваги до себе.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що кількість тестувань не пропорційна виявленню позитивних випадків ВІЛ. Важливо охопити тестуванням на ВІЛ потрібних людей. Не менш вагомим є коректність присвоєння коду особам з груп ризику (ЛВІН, ПКС,ЧСЧ).

Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

На сьогодні надання консультативних послуг, з приводу тестування на ВІЛ-інфекцію, здійснюється всіма лікувально-профілактичними закладами області, окремо по службах акушерсько-гінекологічною, наркологічною, шкірно-венерологічною, протитуберкульозною, пенітенціарною, службою крові, кабінетами «Довіра», а також громадськими організаціями.

Не зважаючи на наявність в містах та районах області кабінетів «Довіра» та діяльність потужних ГО, послуги з КіТ розподілені в межах області не рівномірно. На рівні обласного центру ми можемо говорити про доступність послуг як в медичних закладах, так і на базі ГО, що працюють в просторі ВІЛ/СНІДу. В деяких районах працівники кабінетів «Довіра» надають послуги з КіТ в межах своїх функціональних обов'язків, тому відповідно і така зацікавленість до повноти та якості послуги; у більшості таких випадків цю послугу проводять формально і обстеження на ВІЛ є одним з лабораторних обстежень, які пропонують пацієнту пройти одночасно. І, як результат, для деяких пацієнтів отримання позитивного результату є несподіванкою.

У зв'язку з високою завантаженістю, відсутністю фінансової зацікавленості, спеціалісти районних кабінетів «Довіра» не проявляють особливої активності до залучень на КіТ загального населення. У більшості випадків це пасивні звернення (пацієнти лікарів, у кого були виявлені клінічні прояви з підозрою на ВІЛ). Питома вага обстежень груп ризику на базі ЛПЗ ЗОЗ міст та районів області дуже незначна (по деяким ЦРЛ поодинокі випадки).

Крім того, активне залучення до КіТ первинної ланки (навчання спеціалістів, забезпечення швидкими тестами, мотивація працівників) надасть можливість отримати певні зміни в доступі до обстежень населення на початковій стадії інфікування.

Чи виконуються ці заходи правильно?

У випадку якісного проведеного до- та після- тестового консультування, у зв'язку з тестуванням на ВІЛ, ця послуга має безпосередній вплив на раннє виявлення випадку ВІЛ та взяття інфікованого під медичний нагляд. Система надання послуг КіТ забезпечує, залежно від потреб пацієнта, можливість скерування його на консультування з питань репродуктивного здоров'я, ІПСШ, обстеження на туберкульоз, інші опортуністичні інфекції, отримання медичної, психологічної, соціальної, юридичної та інших видів допомоги. Нормативна база з питань ВІЛ/СНІДу до 2013р. передбачала в табл.1000 (дані сероепідмоніторингу) не осіб, а дослідження. Тобто з 2013р. більш реальніше оцінити якість диспансеризації. І не дивлячись на ретельний відбір позитивних результатів ВІЛ, щорічно до 15-20 випадків ВІЛ з вперше виявлених осіб залишається поза увагою медичних працівників. Підготовка з питань КіТ на ВІЛ спеціалістів загально-лікувальної мережі, первинної ланки в області триває.

Діяльність потужних ГО зосереджена на рівні обласного центру та ще в 10 районах, де функціонують сайти АРТ, сайти ЗПТ Соціальні працівники входять до складу мультидисциплінарних команд, ними надаються послуги з соціального супроводу, формування прихильності до АРТ, консультування та тестування, щомісячно, згідно графіку проводяться виїзди «Мобільної Амбулаторії» у віддалені райони області. З листопада 2017 року планується розпочати роботу структурний підрозділ Полтавського обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом «Мобільна амбулаторія» для виїздів з

метою консультування, тестування і виявлення ВІЛ-інфікованих та постановки на «Д» облік у віддалених районах області, у супроводі лікаря-дерматолога, медичної сестри та соціального працівника

Чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?

Для зниження кількості випадків ВІЛ-інфекції в її термінальній стадії, реєстрації випадків поєднаної ТБ/ВІЛ патології, в області активними темпами впроваджується КіТ на ВІЛ в центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД). З 2016р. в ЦПМСД наказом ДОЗ ОДА впроваджена ф. звітності №3 ВІЛ/СНІД.

На сьогодні фактичне фінансування послуг з КіТ, як і в цілому фінансування програмних заходів з протидії ВІЛ/СНІДу не відповідає запланованому, особливо на рівні міст та районів області. Спеціалісти ЦПМСД міст та районів області отримують знання та навички з КіТ, однак у більшості районів доступ до швидких тестів відсутній, пацієнти для проведення обстеження на ВІЛ-інфекцію перенаправляють на вторинний рівень – кабінети «Довіра».

Підготовка спеціалістів ЦПМСД міст та районів області продовжується. Кадрове забезпечення кабінетів «Довіра» штатними одиницями вкрай не достатнє і складає: лікарями - на 54%, середнім медперсоналом – 28%, психологом укомплектовано лише 3 кабінети.

Лабораторна мережа з проведення скринінгових досліджень на ВІЛ включає в себе 8 лабораторій, в тому числі лабораторії 3-х - ОСПК. Система забезпечення діагностичними тест-системами та виробами медичного призначення адекватна і відповідає потребам.

Відповідно до наказу Головного управління охорони здоров'я облдержадміністрації від 11.05.2010р. №388, працівники відділу МіО виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснюється щоквартальний моніторинг стану надання послуг з консультування на ВІЛ, наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації від 18.05.2016 №426, впроваджена ф. звітності №3 ВІЛ/СНІД в ЦПМСД області. Спеціалісти епідвідділу обласного Центру СНІДу здійснюють щоквартальний сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ (аналіз, узагальнення табл.1000 ЛПЗ міст та районів області, інформування ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Таким чином в області розроблені алгоритми з виявлення, перенаправлення та постановки на диспансерний облік осіб з позитивним результатом лабораторного обстеження на ВІЛ.

При закінченні процесу реформування охорони здоров'я вторинного рівня, залученню в діагностичний процес ЦПМСД, необхідно буде внести корективи по скороченню шляху від отримання позитивного результату до взяття під медичний нагляд та призначення відповідного лікування.

Профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН)

Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?

Сучасний стан розвитку епідемії ВІЛ-інфекції на території області характеризується високою активністю прихованого компоненту епідемічного процесу, котрий формується за рахунок не діагностованих хворих на ВІЛ-інфекцію і є джерелом поширення епідемії.

Запорукою призупинення епідемії є розширення доступу до обстеження та профілактичних програм, оскільки як свідчить міжнародний та вітчизняний досвід, залучення споживачів ін'єкційних наркотиків до програм профілактики забезпечує в першу чергу високу прихильність пацієнтів цієї групи до лікування як ВІЛ-інфекції так і туберкульозу, вірусних гепатитів, інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Завдяки реалізації профілактичних заходів серед споживачів ін'єкційних наркотиків: розширення доступу до КіТ на ВІЛ-інфекцію, замісної підтримуючої терапії, надання мінімального пакету послуг (зменшення шкоди) неурядовими організаціями, знизився рівень

захворюваності у 8 раз з 14,3% у 2009р. до 1,7% у 2016р, і поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН з 53,9% у 2009р. до 41,8% у 2016р. Також спостерігається зниження питомої ваги осіб з парентеральним шляхом зараження з 39,4% у 2009 р до31,1% у 2016 р.

В той же час, якщо поєднати кількість тестувань з рівнем інфікованості, то до 2014р. в області на ВІЛ-інфекцію щорічно тестувалось близько 500 ЛВІНів, при цьому спостерігалось зниження рівня інфікованості цієї групи з 14,3% у 2009р. до 8,4% у 2013р. За останні роки кількість протестованих зростає більш ніж в 3 рази (1732 у 2016р.), але кількість нових випадків ВІЛ падає і рівень захворюваності знижується до 1,7% (у 2016р.), що може викликати питання щодо тих, хто був протестований та якість епідеміологічного розслідування щодо встановлення шляху інфікування. В той же час, за даними ГО спостерігається аналогічна тенденція. За даними БО «Світло надії», впродовж 2010р. було протестовано швидкими тестами 146 ЛВІН, з них 6 (4,1%) з позитивним результатом; у 2016р. – з 2727 протестованих ЛВІН тільки 28 позитивних, що складає 1,0% захворюваності на ВІЛ. За звітними даними ПОБФ «Громадське здоров'я, в 2010р з 578 ЛВІН, що були протестовані на ВІЛ, виявлено 22 позитивних результати (3,8%). В той же час у 2016р. з 1005 протестованих ЛВІН виявлено тільки 3 позитивних результати (0,3%).

Таким чином збільшивши майже втричі кількість протестованих, кількість виявлених інфікованих серед ЛВІН залишається на тому ж рівні.

Однак, глибокий епіданамнез стверджує, що, не дивлячись на домінування з 2009р. статевого шляху інфікування ВІЛ, ЛВІН продовжують становити безпосередній вплив на поширення епідемії в області.

Чи охоплені потрібні люди?

Споживачі ін'єкційних наркотиків це перша і найбільш доступна група ризику з самого початку реєстрації ВІЛ-інфекції в області.

За результатами дослідження проведеного МБФ «Альянс громадського здоров'я» щодо оцінки чисельності ключових груп ризику оціночна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків у Полтавській області становить 8200 осіб і відповідно у м. Полтава 4100 осіб. При цьому на диспансерному обліку по м. Полтава (за даними Полтавського обласного наркологічного диспансеру) перебуває лише 602 ЛВІН, 301 з яких є учасниками програми ЗПТ. Тобто майже 3,5 тис. осіб (85%) від загальної чисельності групи ризику (ЛВІН) перебувають поза увагою медичних працівників і є важкодоступною групою для надання відповідних послуг з профілактики та лікування. Реалізація профілактичних програм, що реалізовувались як обласним Центром СНІДу так і ГО були направлені в основному на цю групу. В Полтавській області аутріч робота здійснюється БО «Світло надії» та БФ «Громадське здоров'я». Найбільш розгалужена мережа «Пунктів обміну шприців» в обласному центрі. Аутріч маршрути мобільною амбулаторією здійснюються в напрямку м. Кременчук, Горішні Плавні, Кобеляки, Пирятин, Лубни та Миргород.

Однак враховуючи те, що діяльність ГО зосереджена на рівні обласного центру та декількох прилежних міст та районів області і щорічна кількість ЛВІНів, охоплених тестуванням на ВІЛ залишається не значною, велика кількість ЛВІНів все ще залишається поза увагою як медичних працівників так і працівників неурядових організацій.

При охоплені профілактичними та лікувально-діагностичними заходами групи ризику в інших районах області, координація проведення консультування і тестування на ВІЛ, цілеспрямована робота з осередками ЛВІН, завдяки залучення ПМСД на районному рівні збільшить показник виявлення та подальшу диспансеризацію цієї групи.

Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

З року в рік профілактичними програмами охоплюється в основному мешканці окремих міст та районів області. Лише певна категорія має постійний доступ до програми з обміну шприців. Наркологічною службою області забезпечений безперешкодний доступ до лікування наркозалежності. Доступ до АРТ ЛВІН також забезпечений на рівні обласних

наркологічних диспансерів та сайтах ЗПТ. ВІЛ-інфікованим клієнтам сайтів ЗПТ притаманна ще більш-менш відпрацьована прихильність до лікування, хоча не поодинокі випадки призупинення як прийому ЗПТ так і АРТ, лікування ТБ. Причина не повного охоплення лікуванням зосереджена у самій категорії клієнтів (відсутність бажання лікуватись, призупинення лікування, ремісія вживання наркотиків). В області забезпечений доступ до скринінгу вірусних гепатитів, лікування вірусного гепатиту В.

Лікуванням гепатиту С у ВІЛ-інфікованих вперше розпочато в 2008 році за кошти Міжнародного банку. До лікування було залучено 12 пацієнтів; у 2014 році проліковано за кошти Державної програми 2 пацієнта; за кошти Альянсу Глобального фонду 10 раунду -24 особи. Впродовж 2015-2016 роках отримали та продовжують лікування 44 особи в рамках Програми впровадження лікування вірусного гепатиту С у представників груп ризику із застосуванням препарату Софосбувір; 17 пацієнтам, які отримали лікування за кошти Державної програми схемою PEG/RIB, був посилений режим лікування відповідно до сучасного європейського протоколу з метою ефективності, препаратом Софосбувір.

Враховуючи те, що близько 30% серед засуджених є споживачами ін'єкційних наркотиків, за підтримки міжнародного Альянсу ГО здійснюють реалізацію пілотного проекту «Профілактика ВІЛ/СНІД, ТБ, вірусних гепатитів, ІПСШ серед осіб, які перебувають на обліку кримінально-виконавчої інспекції ДПтС України». Кримінально-виправні заклади пенітенціарної служби, які охоплені профілактичними послугами ГО: Полтавський СІЗО, Кременчуцька виховна колонія для неповнолітніх, Кременчуцька ВК№69, Божківська ВК №16, Надержинщинська ВК № 65, Полтавська ВК №64; не охоплені послугами ГО: Комсомольський ВЦ №136, Крюківська ВК № 29 с. Божківське, Машівська ВК № 9.

Наркологічною службою підготовлений «Локальний протокол надання медичної допомоги з виявлення, діагностики, лікування ВІЛ-інфекції у поєднанні з наркологічною допомогою в умовах наркологічних закладів, розроблені маршрути пацієнтів. Забезпечення лікарями-наркологами в області сягає до 95% і відповідає потребі в наданні якісних послуг з профілактики ВІЛ. Підготовка лікарів – наркологів з питань КіТ на ВІЛ триває.

Забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцями, швидкими тестами, інформаційними матеріалами для ЛВІН здійснюється в рамках проектної діяльності ГО.

Проблематичним залишається відсутність доступу до профілактичних програм ЛВІНів міст та районів області, які не охоплені супроводом ГО. Тому ті статистичні дані, які подають НУО щодо кількості охоплених осіб профілактичними послугами (протестовано, роздано шприців, серветок, презервативів та інш. на 1 ЛВІНа це цифра щодо охоплення певних населених пунктів і певного (доступного) контингенту в області.

Чи виконуються ці заходи правильно?

На базі Полтавського обласного наркологічного диспансеру організований сайт інтегрованої допомоги, де пацієнти окрім наркологічної допомоги отримують послуги лікаря-інфекціоніста, фтизіатра, мають можливість пройти обстеження на ВІЛ-інфекцію, ТБ, обстежитись на вірусні гепатити, отримати соціальну психологічну підтримку та консультацію юриста. Більш розширений доступ також і в м.Кременчуці – де функціонує відповідний обласний наркологічний диспансер, в м.Лубни - обласний Лубенський наркологічний диспансер.

На базі 12 сайтів ЗПТ також є можливість окрім послуг нарколога пройти обстеження на ВІЛ, вірусні гепатити, ТБ, бути переадресованим до лікаря-інфекціоніста, фтизіатра для призначення відповідного дообстеження, призначення лікування та отримати соціальну підтримку. На рівні цих районів, де працюють сайти ЗПТ здійснюється також активна діяльність ГО.

На сьогодні в області безпосередньо з цією групою ризику працюють БО «Світло надії», «Мережа ЛЖВ» та БФ «Громадське здоров'я». Їх діяльність зосереджена на розширенні доступу до тестування, забезпеченні організаційного супроводу сайтів ЗПТ,

реалізації профілактичних програм-профілактики ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом, наданні послуг зі зменшення шкоди підліткам, які вживають наркотики в Україні: досягти тих, кого не охоплено послугами, забезпечити доступ до сучасної інформації з питань, пов'язаних з наркоспоживання, консультування і тестування на ВІЛ і перенаправлення для отримання своєчасного лікування, надання засобів профілактики. Інтегрована допомога ЛВІНам організована в обласному центрі області і в певній мірі деяких містах та районах, що є територією діяльності НУО в рамках реалізації проектів, грантів. В інших населених пунктах робота по виявленню ЛВІНів організована на базі кабінетів «Довіра», де реєструються поодинокі випадки ВІЛ за кодом 102 серед пацієнтів, пере направлених, у більшості випадків, лікарями-наркологами.

Чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?

Співпраця закладів охорони здоров'я з неурядовими організаціями в області розпочалася в рамках другої обласної програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу впродовж 1995-1997 рр. з Благодійним фондом „АНТИ-СНІД" (нині Благодійний фонд „Громадське здоров'я"). Відтоді масштаби цієї роботи постійно поширюються, набувають більш досконаліших форм, охоплюють все більші групи населення.

ГО, які працюють в просторі ВІЛ/СНІДу були активними спів розробниками і діючої обласної Програми, адміністрація БО "Світло надії " взяла безпосередню участь у її тиражуванні. Працівники громадських об'єднань здійснюють також і постійний громадський контроль стану реалізації програмних заходів.

При формуванні обласної програми в профілактичний розділ були включені питання охоплення ЛВІН програмою ЗПТ, розширення доступу до обстеження на ВІЛ, ТБ, вірусні гепатити, ІПСШ, надання соціальних послуг. Реалізація цих заходів здійснювалась НУО в межах їх фінансування донорами. Лише розширення доступу до ЗПТ було забезпечено додатковим співфінансування за кошти обласного бюджету (так в 2016р. на програму ЗПТ було використано місцевих коштів на суму 77,9 тис.грн).

Профілактичні ВІЛ-сервіси для працівників комерційного сексу (ПКС)

Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?

Дані сероепідеміологічного моніторингу, інших звітних форм не відображають реальну ситуацію як захворюваності, так і поширеності ПКС. Перелік кодів (причин обстежень), затверджених нормативною базою, передбачає присвоєння відповідній групі ризику як 101, 103, 104, 105. З'ясувати стан поширеності серед цієї групи дозволяють, в певній мірі, результати біоповедінкових досліджень серед груп ризику, в тому числі і серед ПКС. Однак, оскільки дослідження з року в рік проводяться на рівні обласного центру, доступ до певної категорії ПКС залишається закритим, і тому результати дослідження не можуть бути середніми в цілому для регіону.

В групі ПКС за даними біоповедінкових досліджень 2015-2016 рр. поширеність ВІЛ-інфекції знаходилась на рівні 8,9%, що свідчить про зменшення цього показника в порівнянні з попередніми роками (від 26,5% у 2011р. до 13,4% у 2013р.).

За даними ГО БФ «Громадське здоров'я», в 2010р. було протестовано на ВІЛ 107 ПКС, позитивних випадків зареєстровано не було, в 2011р.- з 178, лише 3(1,7%) позитивних, 2012р.- з 493, 9 (1,8%) позитивних. В 2013 (123 тести), 2014 (99 тестів), 2016 (384 тестів) роках не було виявлено позитивних ПКС. Як бачимо, кількість тестувань різна і виявлення зовсім не значне. Наразі, немає точних даних, хто входить до вибірки протестованих - постійні клієнти ГО, чи зовсім нові особи. За даними ГО, основні реципієнти профілактичних програм в області - це ПКС, які надають свої послуги на автомагістралях області.

Чи охоплені потрібні люди?

Враховуючи те, що при обстеженнях ПКС в ГО та в медичних закладах виявляються лише поодинокі випадки ВІЛ в той же час, епідемія ВІЛ в області продовжує поширюватись статевим шляхом, на сьогодні ПКС продовжують бути не охопленими профілактичними послугами і є вагомим джерелом розповсюдження ВІЛ інфекції. Крім того, продовжують становити значну небезпеку також клієнти ПКС такі як: водії-далекобійники, працівники сфери відпочинку, тощо.

Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Оскільки БО діє тільки в м.Полтава, то певно, що обсяг та масштаби дуже мізерні для охоплення 829 ПКС. В той же час, аналіз анкетувань показав високий показник безпечності сексуальної поведінки із клієнтами - майже всі ПКС зазначили, про використання презервативів з останнім клієнтом (90,6%). Високі показники зафіксовані і в охопленні програмами тестування на ВІЛ: 75,6% повідомили про проходження обстеження на ВІЛ впродовж останніх 12 місяців і отримали результат обстеження. Враховуючи дані епідеміологічних розслідувань при зверненні пацієнтів до обласного Центру СНІДу та беручи до уваги соціальний статус більшості осіб з ПКС та їх клієнтів, відсутність доступу до безкоштовних засобів контрацепції, показник безпечності сексуальної поведінки буде набагато меншим у ПКС у більшості населених пунктів області.

Чи виконуються ці заходи правильно?

На сьогодні пакет профілактичних послуг ГО не є тим важелем для налагодження контакту та розширення доступу до мережі забезпечених «валютних» ПКС.

Чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?

Наявні кадрові ресурси ГО та фінанси, що вдається залучити адміністрації БФ «Громадське здоров'я» відіграють важливу профілактичну роль, однак не в спромозі протистояти натиску епідемії в області серед ПКС на сьогодні.

ЧСЧ

Чи приводять заходи, які виконуються, до змін?

Ті незначні заходи з профілактики серед ЧСЧ, що реалізувались регіональними ГО «Точка опори» та «Гей Альянс» в області за останні роки дали про себе знати. Якщо раніше серед певної категорії чоловіків ми лише могли запідозрити їх шлях інфікування. То на сьогодні в обласному Центрі СНІДу реєструються випадки само звернення для проходження тестування на ВІЛ, встановлення на диспансерний облік та поодинокі випадки пере направлень ГО. За даними сероепідмоніторингу: рівень інфікованості групи осіб ЧСЧ у 2015р. становив - 60% (3 позитивних випадки з 5 обстежених), у 2016р. -28% (7 з 25).

Чи охоплені потрібні люди?

На диспансерному обліку в ЛПЗ області перебуває 21 ВІЛ-інфікована особа, за шляхом зараження статевий, гомосексуальний. Вікова категорія цієї групи від 18 до 35 років.

В групі ЧСЧ показник поширеності ВІЛ знаходиться на рівні 0,6% (0,1-1,5%) за результатами біоповедінкового дослідження 2015-2016рр. За даними біоповедінкових досліджень практики ЧСЧ щодо використання презерватива наступні: 58% (49-66%) використовували презерватив із партнером-чоловіком під час останнього анального сексуального контакту та 47% (39-54%) завжди використовували презерватив протягом

останніх 30 днів. Знову ж таки ці дослідження проводяться щорічно в м.Полтава і їх результати не відображають реальну картину поширення ВІЛ серед ЧСЧ,

Підтвердженням цього є дані сероепідмоніторингу: рівень інфікованості групи осіб ЧСЧ у 2015р. становив - 60% (3 позитивних випадки з 5 обстежених), у 2016р. -28% (7 з 25).

Таким чином, навіть не значна діяльність НУО, що працюють з ЧСЧ та спектр послуг обласного Центру СНІДу є першими здобутками в доступі до певної категорії цієї групи ризику і спільна діяльність державного та громадського сектору має правильний вектор напряму.

Чи виконуються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

В останні роки лише ГО «Точка опори», яка певний час функціонувала в області, проводячи тестування на ВІЛ, забезпечувала консультації лікаря-інфекціоніста, розповсюджувала інформаційні матеріли та контрацептиви (в 2015р. було протестовано на ВІЛ-інфекцію 280 осіб, 2016р.-112 осіб); ГО «Гей Альянс» приймає участь в організації контингенту для проведення біоповедінкових досліджень серед ЧСЧ. Кількість працівників ГО, які працюють з ЧСЧ незначна - два-три працівника. Тому, і об'єм послуг та масштаби діяльності вкрай обмежені.

Для оціночної кількості -3100 ЧСЧ щорічні обстеження ГО від 50 до 100 осіб це дуже мала цифра. За даними працівників НУО контакт у більшості випадків не відбувається за браком спектру послуг. А коли вже особа усвідомила свій ризик, вона може обстежитись як на базі НУО так і в довільному ЛПЗ, не розкриваючи істиний шлях інфікування.

Отже, в області лише впродовж останніх років певна кількість осіб з група ЧСЧ була охоплена профілактичними заходами проти ВІЛ-інфікування. І збільшення само звернень до лікувальних закладів осіб з групи ЧСЧ є першим результативним досягненням для регіону в подоланні соціально-культурних бар'єрів і стереотипів у суспільстві.

В той же час, в області продовжує спостерігатись значний рівень стигми та дискримінації до ЧСЧ. Тому представники цієї групи ризику продовжують бути не доступними і не обстеженими на ВІЛ-інфекцію.

Чи виконуються ці заходи правильно?

Реєстрація випадків само звернення осіб з групи ЧСЧ свідчить про початок налагодження контакту з представниками цієї групи в регіоні. Не дивлячись на відмову в наданні інформації про їх статевих партнерів, навіть те, що особа зібрала всі свої зусилля, дійшла до медичного закладу і розкрила свій статус - на сьогодні це є значна перемога над віковими стереотипами відношення до осіб цієї групи ризику.

Чи заходи, які виконуються, є правильними/релевантними?

В обласні Програми також були включені питання профілактики ВІЛ серед ЧСЧ без виділення коштів. Виконавцями заходів були і є НУО в рамках їх діяльності при залученні проектів, грантів.

Не дивлячись на зростання обстежень осіб з групи ЧСЧ, ця група залишається закритою як для державних так і ГО області.

Таким чином, в області лише в останні роки незначна кількість осіб з груп ЧСЧ була охоплена профілактичними заходами проти ВІЛ-інфікування. І збільшення кількості само звернень до лікувальних закладів осіб з групи ЧСЧ є здобутком для служби регіону в подоланні соціально-культурних бар'єрів і стереотипів у суспільстві.

5. Висновки

В Полтавській області епідемія ВІЛ-інфекції перебуває в концентрованій стадії, високий рівень поширення ВІЛ-інфекції спостерігається серед осіб, які належать до груп

підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ЛВІН, ПКС, ЧСЧ), переважним ураженням осіб працездатного віку, нерівномірним поширенням та зміною основного шляху передачі ВІЛ з парентерального на статевий

Враховуючи оціночну кількість ЛЖВ в області (4900), кількість осіб, які охоплені диспансерним наглядом станом на 01.01.2017р. становить 66% (3233). Тобто майже третина інфікованих не знає про свій статус. Рівень доступу до КіТ та рівень охоплення представників ГР є недостатнім, щоб забезпечити раннє виявлення ВІЛ і своєчасне призначення лікування. Більш широке застосування експрес-тестів розширило доступність до обстеження на ВІЛ. Однак деякі клієнти, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ-інфекцію, не проходять подальші підтверджуючі обстеження і не стають на облік у ЗОЗ. Існуюча мережа кабінетів «Довіра», де можна пройти тестування на ВІЛ, не бере активної участі у виявленні ВІЛ серед представників ГР. Більш того, існують численні перешкоди з огляду на отримання лікування після встановлення діагнозу ВІЛ. Недостатня інтеграція та зв'язок між обласним Центром СНІДу та ЗОЗ, відсутність соціального супроводу призводять до несвоєчасного діагностування ВІЛ та несвоєчасного початку лікування, що приводить до збільшення рівня смертності.

Рівень охоплення лікуванням ВІЛ поступово зростає, але він все ще залишається не достатнім у порівнянні з реальними потребами (63%) від диспансерної групи.

Дискримінація та стигматизація по відношенню до ВІЛ-позитивних людей унеможливлює отримувати ВІЛ-інфікованим якісне і повноцінне лікування та проходити диспансерний нагляд за місцем проживання хворих. Через недостатність кадрового та матеріально-технічного забезпечення кабінетів «Довіра», плинність підготовлених кадрів кабінетів в районах області, враховуючи обмежений доступ до обстежень населення, загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ в області продовжує поширюватись.

Основними досягненнями реалізації заходів обласних програм були:

1) зменшення кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції у віковій групі 18-24 роки;
2) зниження темпів поширеності ВІЛ-інфекції;
3) 100% охоплення вагітних профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ;
4) більш як у 6 раз збільшення кількості пацієнтів, які отримують АРТ: з 300 до 11934 осіб;
5) розширення мережі надання АРТ (10 сайтів АРТ);
6) розширення спектру надання лікувально - діагностичних послуг інфікованим хворим області в обласному Центрі СНІДу;
7) розширення замісної підтримуючої терапії для наркозалежних (сайти замісної підтримуючої терапії були організовані на базі 10 лікувально-профілактичних закладів області).

Слабкими сторонами реалізації заходів обласних програм є:

1) ВІЛ-інфекція продовжує поширюватись, переважно статевим шляхом;
2) не прослідковується послідовна тенденція щодо зниження показників захворюваності і смертності від захворювань, зумовлених СНІДом;
3) питома вага осіб взятих під нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ в III-IV клінічних стадіях, становить значний відсоток;
4) не забезпечено відповідне кадрове та матеріально-технічне забезпечення кабінетів «Довіра», що впливає на якість (відсутність) надання послуг з КІТ, лікування та профілактичних заходів на рівні вторинної ланки;
5) недостатній рівень охоплення АРТ (57% від диспансерної групи).
6) недостатній рівень охоплення послугами з догляду та підтримки.
7) відсутність профілактичних програм для ЧСЧ та мізерний рівень для РКС;

8) відсутній соціальний супровід у віддалених від обласного центру містах, районах області;
9) недостатній рівень фінансування програмних заходів за рахунок місцевих бюджетів.

6. Рекомендації

Перелік сфер для покращення/проблем в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми	Перелік рекомендацій щодо вирішення виявлених проблем	
	Регіональний рівень	Національний рівень
КіТ		
Несвоєчасне інформування спеціалізованих закладів про перебування ВІЛ-інфікованих в місцях позбавлення волі.	Посилити співпрацю між профільними ЗОЗ та закладами пенітенціарної служби щодо виявлення, реєстрації ВІЛ-інфекції, та лікування, шляхом врегулювання передачі інформації між ЗОЗ щодо ВІЛ-позитивних пацієнтів. Забезпечити регулярний моніторинг та збір інформації щодо ВІЛ-позитивних пацієнтів.	
Неврегульоване забезпечення тест-системами та лікарськими засобами (АРВ-препаратами), відповідно до потреби.	Організувати забезпечення вчасної подачі заявки, відповідно до реальної потреби, а не квоти та забезпечити безперебійність тестування на ВІЛ, та лікування.	
Дискримінація осіб, які живуть з ВІЛ		
Недостатня обізнаність медичних працівників з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, що призводить до дискримінаційних дій по відношенню до ВІЛ-позитивних.	Проведення цілеспрямованих заходів для медичних фахівців щодо подолання стигми до ВІЛ-інфікованих.	Розробка та впровадження просвітницьких програм щодо подолання стигми та дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних осіб
Недостатнє налаштування ЗОЗ на ранню діагностику ВІЛ у зв'язку з недосконалими нормативними актами, а саме оформлення документів та право ЛПЗ передавати інформацію до інших ЗОЗ.	Посилити співпрацю між профільними ЗОЗ з іншими ЗОЗ (первинна ланка) щодо виявлення та реєстрації ВІЛ-інфекції, шляхом врегулювання правил передачі інформації між ЗОЗ щодо ВІЛ-позитивних пацієнтів	Інституалізувати на національному рівні можливість ЗОЗ передавати інформацію щодо ВІЛ-інфікованих між ЗОЗ
Недостатня обізнаність медичних	Покращення підходів і	Внести зміни в

Перелік сфер для покращення/проблем в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми	Перелік рекомендацій щодо вирішення виявлених проблем	
	Регіональний рівень	Національний рівень
працівників щодо ВІЛ-інфекції впливає на термін виявлення ВІЛ-інфекції, визначення ймовірного шляху інфікування та приналежності до окремих КГН.	навичок медичних працівників щодо КіТ.	нормативну базу щодо дезагрегації кодів СЕМ. Організувати проведення дослідження серед вперше виявлених осіб, які інфікувалися статевим шляхом з метою диференціації шляху інфікування.
Недостатній рівень доступності населення та ключових груп населення до ВІЛ до профілактичних заходів		
Відсутність доступу (наприклад, виїзди мобільної амбулаторії) для забезпечення надання профілактичних послуг для уразливих до ВІЛ груп, які проживають у віддалених районах області.	Провести картування наявних профілактичних послуг. В населених пунктах, які не охоплені профілактичними заходами, забезпечити проведення виїзних заходів з метою надання профілактичних інтервенцій та тестування населення на ВІЛ.	
Недостатньо освітніх заходів щодо інформування загального населення, особливо підлітків.	Активізувати роботу по інформуванню загального населення щодо профілактики ВІЛ-інфекції з використанням всіх доступних засобів та методів (молодіжні клуби, дитячі центри, нічні клуби, ЗОНЗ, тощо)	Розробити та впровадити програму заходів для загального населення щодо покращення обізнаності з питань ВІЛ/СНІД та формування здорового способу життя.
Відсутня узгодженість запланованої проектної діяльності НУО, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу.	Забезпечити регулярний моніторинг та збір інформації щодо ВІЛ-сервісних організацій в області. (для дослідження СІН, РКС, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24) Забезпечити координацію роботи наявних ВІЛ-сервісних організацій	

Перелік сфер для покращення/проблем в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми	Перелік рекомендацій щодо вирішення виявлених проблем	
	Регіональний рівень	Національний рівень
Недостатня кількість НУО, які надають профілактичні послуги КГН. Відсутність в області дієвої НУО (ініціативної групи), яка б працювала з ЧСЧ.	Знайти можливість надати підтримку для наявних НУО щодо розбудови їх спроможності та розширення географії надання послуг. Посилити співпрацю з соціальними службами в області.	
Відсутність цільового фінансування заходів з профілактики ВІЛ-інфекції Обласної програми		Запланувати у новому бюджетному періоді можливість цільової субвенції на конкретні заходи обласної програми.
Недостатня координація зусиль щодо витрат на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу між усіма структурними підрозділами, які задіяні у виконанні Програми.	Провести ряд навчальних заходів щодо покращення координації заходів та витрат на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу між усіма структурними підрозділами, які задіяні у виконанні Програми.	Розробити проекти нормативно-правових актів , які регламентують міжвідомчу взаємодію щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
Збільшення кількості осіб взятих під нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції в III-IV клінічних стадіях		
Виявлення та постановка на облік ВІЛ-інфікованих осіб на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції	Забезпечення якісного після тестового консультування при позитивному результаті тестування на ВІЛ.	
Неврегульоване забезпечення тест-системами та лікарськими засобами (АРВ-препаратами) призводить до перебоїв у тестуванні населення на ВІЛ відповідно до потреби, що тягне за собою пізнє встановлення діагнозу, взяття на облік і призначення лікування.	Організувати забезпечення регіону тест-системами відповідно до реальної потреби, а не квоти та забезпечити безперебійність тестування населення на ВІЛ.	Ініціювати внесення змін до законодавства щодо забезпечення регіону тест-системами та лікарськими засобами відповідно до реальної потреби, а не квоти.

2. План заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Полтавській області за результатами проведеної Оцінки

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
І. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ				
1	Вжити заходи щодо посилення кадрового забезпечення з питань СНІДу (центрів СНІДУ, кабінетів «Довіра») для створення належних умов для надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, якісної диспансеризації	01.01.2019	Голови районних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу Альянс громадського здоров'я	Кабінети «Довіра» забезпечені кадрами, комп'ютерною технікою та програмним забезпеченням. Диспансерна група нараховує 70-80% пацієнтів за місцем їх проживання.
2	Забезпечити ефективну діяльність Полтавської обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІДу та боротьби з наркоманією, орієнтовану на досягненні конкретних результатів	Постійно	Робоча група з питань моніторингу і оцінки виконання програмних заходів	Прийняття відповідних рішень ОКР
3	Забезпечити ефективну діяльність районних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та налагодити міжвідомчу і між секторальну координацію виконання заходів з протидії ВІЛ-інфекції	Постійно	Голови районних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу	Прийняття відповідних рішень
4	Забезпечити на регіональному рівні перегляд законодавчих та нормативних актів, медико-технологічної документації з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та ко-інфекції ВІЛ/ТБ	До 01.01.2019	ДОЗ ОДА	Наказ ДОЗ ОДА, розпорядження ОДА
5	Забезпечити поетапну підготовку медичних	Упродовж 2018р.	Національні	Підготовлені фахівці,

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
	працівників закладів охорони здоров’я за напрямками: - консультування і тестування на ВІЛ; - застосування антиретровірусної терапії; - подолання стигми та дискримінації до ВІЛ-інфікованих. - витрат на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу		тренінгові центри, Полтавський обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, ЗОЗ області	покращання основних епідеміологічних показників
6	Продовжити впровадження єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширення ВІЛ-інфекції	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, ЗОЗ області	Впровадження системи в ЗОЗ, які надають медичну допомогу Віл-інфікованим, формування звітних форм
7	Провести низку інформаційних заходів з питань подолання стигматизації та дискримінації щодо ВІЛ-інфікованих осіб та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ	Упродовж року	Полтавський обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, БО «Світло надії», «Мережа ЛЖВ» та БФ «Громадське здоров’я».	Проведені заходи (прес-релізи, друковані роздаткові матеріали, акції до до Всесвітнього Дня пам'яті померлих від СНІД, до Всесвітнього Дня солідарності з ВІЛ-позитивними людьми, статті та виступи в ЗМІ).
8	Провести вивчення основних мотивів пацієнта стати на облік та встановлення причин відказу пацієнта від постановки на диспансерний облік.	01.01.2019	Альянс громадського здоров'я, Полтавський обласний Центр профілактики та	Аналітичний звіт

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
			боротьби зі СНІДом, ЗОЗ області	
9	Організувати проведення дослідження серед вперше виявлених осіб, які інфікувалися статевим шляхом з метою диференціації шляху інфікування.	01.01.2019	Альянс громадського здоров'я, Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Аналітичний звіт
10	Забезпечити соціальне замовлення соціальних послуг, що надаються людям, які живуть з ВІЛ, неурядовими організаціями	При формуванні бюджету	Полтавський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, БО «Світло надії», «Мережа ЛЖВ» та БФ «Громадське здоров'я».	Підписання угоди щодо надання послуг
ІІ. ПРОФІЛАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ				
11	Активізувати роботу по інформуванню загального населення щодо профілактики ВІЛ-інфекції, ранньої діагностики та доступу до медичних послуг з використанням всіх доступних засобів та методів (РАГС, молодіжні центри, нічні клуби, ЗОНЗ, тощо)	Упродовж року	Структурні підрозділи Полтавської облдержадміністрації, Полтавський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, ЗМІ	Проведені заходи
12	Покращити обізнаність учнів ЗОНЗ з питань	Постійно	Полтавський	Внесення змін у

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
	запобігання інфікуванню ВІЛ та виховання толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ		обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді,Управління у справах сім'ї, молоді та спорту.	навчальні плани
13	Провести картування наявних профілактичних послуг для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.	І півріччя 2018р.	Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, НУО області	Звіт про проведену роботу
14	Провести заходи щодо закупівлі (передачі на баланс обласного Центру СНІДу) спеціалізованого автотранспорту для створення мобільних пунктів надання комплексних послуг особам, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ	Згідно плану закупівель Альянсу ГЗ	Альянс громадського здоров'я	Наявність мобільної амбулаторії та надання комплексних послуг.
15	Забезпечити проведення виїзних заходів з використанням мобільної амбулаторії з метою надання профілактичних інтервенцій та тестування населення на ВІЛ (за умови отримання мобільної амбулаторії від Альянсу громадського здоров'я).	Упродовж року	Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, кабінети «Довіра»	Звіт про проведену роботу
16	Забезпечити вільний доступ до безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію, насамперед для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, на базі закладів охорони здоров'я та недержавних організацій.	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, ЗОЗ області,	Досягнення першого показника стратегії «90-90-90»

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
			НУО області	
17	Забезпечити соціальний супровід учасників програм профілактики з числа представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до лікувально-профілактичних закладів для отримання медичної допомоги та призначення антиретровірусної терапії у разі виявлення у них ВІЛ-інфекції	Упродовж року	Соціальні працівники ЗОЗ, НУО області	Своєчасне встановлення діагнозу, взяття на облік та надання медичної допомоги.
III. ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ				
18	Забезпечити лабораторний моніторинг перебігу ВІЛ-інфекції та ефективності антиретровірусної терапії	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, ЗОЗ	Визначення рівня ВН, своєчасна заміна схеми АРТ
19	Організувати забезпечення регіону тест-системами відповідно до реальної потреби, а не квоти та забезпечити безперебійність тестування населення на ВІЛ.	Постійно	МОЗ України, Департамент охорони здоров’я Полтавської облдержадміністрації, Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Раннє встановлення діагнозу, взяття на облік і призначення лікування
IV. ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ				
20	Забезпечити безперешкодний доступ до антиретровірусної терапії пацієнтів, хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Полтавський	Досягнення другого показника Стратегії «90-90-90»

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
			обласний протитуберкульозний диспансер, ЗОЗ області	
21	Забезпечити проведення хіміопрофілактики туберкульозу у хворих на ВІЛ-інфекцію	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Полтавський обласні протитуберкульозні диспансери, лікарні, кабінети «Довіра» ЗОЗ області	Зменшення показника захворюваності на ВДТБ
22	Забезпечити антиретровірусними препаратами людей, які живуть з ВІЛ	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Досягнення другого показника Стратегії «90-90-90»
23	Продовжувати децентралізацію видачі антиретровірусної терапії на базі закладів охорони здоров'я (кабінети «Довіра»).	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, ЗОЗ області	Досягнення другого показника Стратегії «90-90-90»
V. ДОГЛЯД І ПІДТРИМКА				
24	Забезпечити надання соціальних послуг ВІЛ-інфікованим дорослим за їх особистим зверненням, які перебувають в місцях	Постійно	НУО області	Вироблення прихильності до лікування

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
	позбавлення волі, або таким, які щойно звільнилися з таких місць			
25	Забезпечити надання соціальних послуг ВІЛ-позитивним дітям, дітям, народженим ВІЛ-позитивними батьками та дітям, які проживають у родинах ВІЛ-позитивних людей	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом, НУО, що працюють в просторії ВІЛ/СНІДу	Зниження показника ПВТ, вироблення прихильності до лікування
26	Впровадити соціальний стандарт догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ	Постійно	Полтавський обласний Центр профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом,НУО, що працюють в просторі ВІЛ/СНІДу	Вироблення прихильності до лікування та досягнення третього показника стратегії «90-90-90»

Додаток 1