

**ГАРМОНІЗОВАНИЙ ЗВІТ УКРАЇНИ ПРО ДОСЯГНУТИЙ ПРОГРЕС У ЗДІЙСНЕННІ
НАЦІОНАЛЬНИХ ЗАХОДІВ У ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ СНІДУ (GARPR Ukraine)**

Звітний період: січень 2012 р. – грудень 2014 р.

Зміст

I. РЕЗЮМЕ

II. ОГЛЯД ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

II.1 ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ

III. НАЦІОНАЛЬНА ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

IV. НАЙКРАЩІ ПРАКТИКИ

V. ОСНОВНІ ВИКЛИКИ ТА ЗАХОДИ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

VI. СИСТЕМА МОНІТОРИГУ І ОЦІНКИ

Summary

The epidemic observed in Ukraine is the second biggest HIV epidemic among the Eastern European and Central Asian countries. As of 01.01.2015, it was estimated that 19% of a total number of PLHIV living in this region lived in Ukraine. Ukraine accounts for 25% of AIDS-related deaths of a total number of AIDS-related deaths estimated for the Eastern European and Central Asian countries.

A number of PLHIV in Ukraine continues to grow. Since 1987, as of the beginning of 2015, 264 489 cases of HIV infection have been officially registered in Ukraine, which is 30% more than a cumulative number of HIV positive persons at the beginning of 2012. This fact can be a result of both continual identification of the new HIV cases and increased duration of life of PLHIV because of antiretroviral therapy (ART). Since the beginning of the epidemic, over 75.6 thousands persons were diagnosed with the end-stage, which is AIDS, and over 35 thousands persons have died from the diseases caused by AIDS¹.

In accordance with the recent HIV/AIDS estimates at the beginning of 2015, approximately 223 thousands PLHIV lived in Ukraine; of them, 218 thousands persons are PLHIV over the age of 15; HIV prevalence in this age division totaled to 0.58%. As of this time, 138 thousands HIV positive persons are under medical supervision, which is approximately 60% of the estimated number of PLHIV; of them, 66 thousands persons (50%) received ART.

HIV epidemic in Ukraine is regional in its nature. For instance, 50% of officially registered HIV positive people live in three regions: Donetsk, Dnipropetrovsk and Odesa regions. The highest HIV prevalence indicators are registered in Odesa (758.7 per 100 thousands persons), Dnipropetrovsk (736.6), Donetsk (670.5) and Mykolayiv (650.7) regions.

Over recent years, approximately 30 thousands HIV positive persons were identified using the laboratory examinations and approximately 20 thousand persons were identified as new HIV cases annually in Ukraine. In 2014, over 2.6 million persons were screened for HIV; a share of persons from the most-at-risk populations totaled to 11% ranging between 3.4% in Zakarpattia region and 19.5% in the city of Kyiv.

The current state of the HIV epidemic in Ukraine is marked by high activity of the hidden component of the epidemic process, which is shaped by undetected HIV patients. The data received demonstrates that over 30% of all HIV positive persons in Ukraine, who have been identified through lab screening, and up to 55% of them in certain regions, are not covered by medical supervision due to different reasons and are a source of the infectious agent for other people. The highest numbers of the new infection cases are registered in Odesa, Mykolayiv and Dnipropetrovsk regions.

During 2005-2014, a tendency to increase in a share of HIV positive people over the age of 30 has been observed; this share increased from 71.9% to 82.5% among men and from 51.4 to 65.2% among women. Therefore, the disease continues to affect the population of employable and reproductive age, thus resulting in aggravation of the existing negative demographic and socio-economic trends. In Ukraine, there are still more HIV positive men than women; however, the share of women continues to grow, and in 2014 it totaled to 44.2%. A share of young people first diagnosed as HIV positive has been dropping, from 12.0% in 2009 to 6.7% in 2014.

The HIV-related epidemiologic situation in Ukraine today makes it possible to assume that the epidemic is still expanding among the general population due to increased significance of the

¹ Without including 2014 data from the Autonomous Republic of Crimea and Sevastopol (city).

sexual HIV transmission. In 2005-2014, a share of persons who were infected sexually increased from 19% to 42% among men and from 53% to 86% among women. Of a total number of HIV positive men who have sex with men (MSM) registered since 1987, 22% of MSM were registered in 2014. Relative weight of persons who were infected due to injection drug use gradually drops and, in 2014, totaled to 24.3% of all new HIV cases.

Ukraine makes a lot of efforts to achieve UNAIDS 90-90-90 targets by 2020. Today, as of 01.01.2015, only one indicator meets the target planned, which is coverage of people living with HIV receiving ART (95.4%). However, a number of patients receiving ART totals only to 30% of the estimated number of people who are in need of it. As for the indicator representing 90% of people who are on treatment and have suppressed viral loads, at the present moment Ukraine does not gather such data at the national level.

Development of the socio-economic crisis in Ukraine and military actions in the Eastern part of the country that had started at the end of 2013 have changed the political and economic priorities of the country. As a result, GDP in Ukraine dropped 8% while the inflation rate increased to 24.9% (the highest inflation rate during the last 14 years), the national currency devalued by 200% leading to cuts in financing of such sectors as education, social protection and health, including combating HIV/AIDS.

The military actions are taking place within the territories most affected by the HIV infection: 24% of all registered new HIV cases (33 235), 21% of people receiving ART (13 435) and a biggest number of HIV positive people who use injection drugs (45 000) live, or have been living, in Donetsk and Luhansk regions. As a result of the armed conflict, 40% of PLHIV under medical supervision and 40% of PLHIV receiving ART have found themselves in the territory not controlled by the government of Ukraine. Such situation has influenced the cooperation with the national partners, resulted in changes in the structures and scope of donor aid provided to the country, including aid provided to achieve the Millennium Development Goals.

In spite of the difficult socio-economic situation, the Law of Ukraine "On Approval of the National Special-Purpose Social Program to fight HIV/AIDS for 2014-2018" was adopted in 2014. This Program was the only social program approved during these difficult times. In spite of the fact that the Program budget has been approved, it is still a challenge due to the difficult socio-economic situation in the country.

On the one hand, the strategy to reform the health care system in Ukraine demonstrates positive changes toward the patient-oriented approach, more effective health care financing, introduction of the social service procurement, and creation of the capacity for the sustainable development of improvement of quality of the medical services for PLHIV. On the other hand, because of restructuring and decentralization of the health care system, this strategy causes instability and gives rise to risks in implementation of the actions aimed at combating the HIV epidemic.

However, today Ukraine continues to provide key HIV treatment and prevention services, that make it possible to continue building on the positive trends in the country's achievements in fighting HIV/AIDS. Thus, during the last 10 years, a number of persons receiving ART grew 22 times as large, from 3 058 persons in 2005 up to 66 409 persons in 2014; a share of ART medications procured at the expense of public budget grew 13 times as large, from 6% to 78%, while the SMT programs have expanded from 160 clients (in 2006) to 8 500 clients (of them, 41% are HIV positive persons). In accordance with the serological surveys, during the last 12 years level of HIV transmission from mother to child dropped sevenfold, from 27.8% in 2001 down to 3.8% in 2013.

Резюме

В Україні спостерігається друга за величиною епідемія ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії. Станом на 01.01.2015 р., за оціночними даними в країні мешкало 19% людей, які живуть ВІЛ (ЛЖВ), від загальної кількості ЛЖВ в цьому регіоні. На долю України припадає 25% смертей від СНІДу від оціночної кількості смертей від СНІДу, розрахованої для країн Східної Європи та Центральної Азії.

Кількість ЛЖВ в Україні продовжує збільшуватися. Починаючи з 1987 р., станом на початок 2015 р. серед громадян України офіційно зареєстровано 264 489 випадків ВІЛ-інфекції, що на 30% більше кумулятивної кількості ВІЛ-інфікованих осіб на початок 2012 р. Це може бути пов'язано, як з постійним виявленням нових випадків ВІЛ-інфекції, так й із збільшенням тривалості життя ЛЖВ у зв'язку з наданням антиретровірусної терапії (АРТ). З початку епідемії у понад 75,6 тисяч осіб було діагностовано кінцеву стадію хвороби – СНІД і понад 35 тисяч осіб померли від захворювань, зумовлених СНІДом².

За оновленими оцінками щодо ВІЛ/СНІДу на початок 2015 р. в Україні мешкало майже 223 тисячі ЛЖВ, з яких 218 тисяч осіб – це ЛЖВ віком 15 років і старше, рівень поширення ВІЛ серед цієї вікової категорії населення становило 0,58%. Станом на цей період часу під медичним наглядом знаходилося 138 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, що складає близько 60% від оціночної кількості ЛЖВ, з них 66 тис. осіб (50%) отримували АРТ.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні має чіткий регіональний характер. Так, 50% офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих проживають на територіях трьох областей: Донецької, Дніпропетровської та Одеської. Найбільші показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровані в Одеській (758,7 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (736,6), Донецькій (670,5) та Миколаївській (650,7) областях.

В останні роки в Україні щорічно близько 30 тис. ВІЛ-позитивних осіб виявляють за даними лабораторних досліджень та близько 20 тис. осіб реєструють з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції. У 2014 р. було обстежено на ВІЛ-інфекцію більше 2,6 млн осіб, частка обстежених із груп підвищеного ризику склала близько 11% та коливається в різних регіонах країни від 3,4% у Закарпатській області до 19,5% у м. Київ.

Сучасний стан розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні характеризується високою активністю прихованого компоненту епідемічного процесу, котрий формується за рахунок недіагностованих хворих на ВІЛ-інфекцію. Отримані дані свідчать, що понад 30% ВІЛ-позитивних осіб, виявлених за даними лабораторних досліджень, в цілому по Україні, та до 55% в окремих регіонах залишаються поза медичним спостереженням з різних причин та є джерелом збудника інфекції для інших людей. Найбільша кількість нових випадків інфікування ВІЛ реєструється в Одеській, Миколаївській та Дніпропетровській областях.

Протягом 2005-2014 рр. спостерігається стала тенденція до збільшення частки ВІЛ-інфікованих осіб віком старше 30 років – з 71,9% до 82,5% серед чоловіків та з 51,4% до 65,2% серед жінок, тобто хвороба продовжує вражати найбільш працездатне та репродуктивне населення країни, що поступово призводить до загострення вже існуючих негативних демографічних і соціально-економічних тенденцій. В Україні серед ВІЛ-інфікованих осіб, як і раніше, переважають чоловіки, але постійно зростає частка жінок – у 2014 р. вона склала 44,2%. Частка молодих осіб із уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції зменшується – з 12,0% у 2009 р. до 6,7% у 2014 р.

На сьогодні в Україні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції дозволяє стверджувати, що масштаби епідемії продовжують поширюватися серед загального населення за рахунок збільшення епідемічної значимості статевого шляху передачі ВІЛ. За період 2005-2014 рр.

² без урахування даних АР Крим та м. Севастополь у 2014 р.

частка осіб, які інфікувалися ВІЛ статевим шляхом, серед чоловіків збільшилась з 19% до 42%, серед жінок – з 53% до 86%. У 2014 р. зареєстровано 22% чоловіків, які мають статеві відношення з чоловіками (ЧСЧ) від загальної кількості ВІЛ-інфікованих ЧСЧ, взятих під медичний нагляд з 1987 р. Питома вага осіб, інфікованих внаслідок вживання ін'єкційних наркотичних речовин поступово зменшується та становила 24,3% серед усіх нових випадків ВІЛ-інфекції в 2014 р.

В Україні багато зусиль покладається на досягнення цілей UNAIDS 90-90-90 до 2020 року. На даний час лише один показник відповідає запланованому станом на 01.01.2015 р. – охоплення АРТ людей, які живуть з ВІЛ (95,4%). Проте, кількість пацієнтів, які отримали АРТ, складає тільки 30% від оціночної кількості осіб, які її потребують. Щодо показника 90% людей, які перебувають на лікуванні та мають невизначений рівень вірусного навантаження, в Україні наразі такі дані не збираються на національному рівні.

Розвиток в Україні соціально-економічної кризи та військові дії на сході країни, що почалися наприкінці 2013 року, змінили політичні та економічні пріоритети країни. Внаслідок цього, в Україні ВВП знизився на 8%, а рівень інфляції досяг 24,9% (найвищий рівень за останні 14 років), відбулася девальвація національної валюти на 200%, що призвело до значного скорочення фінансування таких галузей як освіта, соціальний захист та охорона здоров'я, включаючи протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Військові дії відбуваються на території, які є найбільш ураженими ВІЛ-інфекцією – 24% усіх зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції (33 235), 21% людей, які отримують АРТ (13 435) та найбільша кількість ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків (45 000) живуть або проживали на території Донецької та Луганської областей. В результаті збройного конфлікту 40% ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом та 40% ЛЖВ, які отримували АРТ, опинилися на території, не підконтрольній уряду України. Такий стан вплинув на співпрацю з національними партнерами, зумовило переорієнтацію структури та обсягів донорської допомоги для країни, в тому числі й допомоги, спрямованої на досягнення Цілей розвитку тисячоліття.

Незважаючи на складні соціально-економічні умови, у 2014 р. був прийнятий Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ/СНІДу на 2014-2018 роки». Ця Програма була єдиною соціальною програмою, затвердженою в цей складний період. Незважаючи на те, що бюджет Програми був затверджений, він, тим не менш, залишається викликом у зв'язку зі складною економічною ситуацією в країні.

Стратегія реформування системи охорони здоров'я України, з одного боку, демонструє позитивне зрушення щодо орієнтованого на пацієнта підходу, більш ефективного фінансування охорони здоров'я, впровадження соціального замовлення створення потенціалу для сталого розвитку підвищення якості медичних послуг для ЛЖВ. З другого боку, внаслідок реструктуризації та децентралізації системи охорони здоров'я – спричиняє нестабільність та створює ризик у реалізації заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції.

Проте, сьогодні в Україні продовжують надаватися основні послуги з лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, які дозволяють продовжувати позитивні тенденції у досягненнях країни в боротьбі з ВІЛ/СНІДом. Так, за останні 10 років кількість осіб, які отримують АРТ, збільшилась у 22 рази - з 3 058 осіб у 2005 р. до 66 409 осіб в 2014 р. частка закупок антиретровірусних препаратів за кошти державного бюджету зросла в 13 разів - з 6% до 78%, програми ЗПТ були розширені з 160 (2006 р.) до більш ніж 8 500 клієнтів, серед яких 41% ВІЛ-позитивні особи. За 12 років, за даними серологічних досліджень, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини знизився в 7 разів - з 27,8 % в 2001 р. до 3,8 % в 2013 р.

II. ОГЛЯД ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Основною метою Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки є активізацію профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД; забезпечення лікуванням хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які його потребують; дотримання прав людей, які живуть з ВІЛ, та формування толерантного ставлення до них у суспільстві та, як наслідок, зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від СНІДу, що врешті призведе до стабілізації епідемічної ситуації в Україні.

Оцінка досягнення цієї мети безпосередньо вимірюється за допомогою показників різних рівнів системи моніторингу та оцінки. Кінцевою оцінкою ефективності заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу національного рівня є показники впливу: поширеність ВІЛ серед представників груп ризику, уразливих до інфікування ВІЛ, поширеність ВІЛ серед вагітних, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини, смертність від СНІДу.

Захворюваність та поширеність ВІЛ-інфекції. Станом на 01.01.2015 р. під медичним наглядом у 303 служби СНІДу перебувало 137 390 ВІЛ-інфікованих осіб (поширеність ВІЛ-інфекції – 322,5 на 100 тис. населення) Найбільші показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровані у Одеській (758,7 на 100 тис. населення), Дніпропетровській (736,6), Донецькій (670,5) та Миколаївській (650,7) областях. На території цих чотирьох регіонів проживає четверта частина населення України та зареєстровано 57 % ЛЖВ.

Згідно з оновленими оціночними даними, що розраховані за допомогою програми Spectrum, на початок 2015 року в Україні мешкають 217 576 ЛЖВ віком 15 років і старше, рівень поширеності ВІЛ в даній віковій групі складає 0,58%. У порівнянні з 2005 р. оціночна кількість ЛЖВ в Україні скоротилась на 42%.

У 2014 р. під медичний нагляд було взято 19 273 ВІЛ-інфіковані особи, у т.ч. 3 600 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію становив 44,8 на 100 тис. населення, що на 5,0% менше ніж у 2013 р., без урахування статистичних даних АР Крим та м. Севастополь у порівняльні періоди.

Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію реєструються на південно-східних територіях України, до яких належать Одеська (109,4 на 100 тис. населення), Дніпропетровська (96,9), Миколаївська (93,1), Донецька (70,4) областях. Найвищі темпи приросту даного показника у порівнянні з 2013 р. зафіксовано в Київській (+35,2%), Кіровоградській (+32,7%), Черкаській (+32,6%), Вінницькій (+25,2%), Львівській (+17,3%) та Івано-Франківській (+15,7%) областях. У трьох регіонах, населення яких складає 9% населення України, темп приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію становив більше 30%.

Захворюваність та смертність від СНІДу. Протягом 2005-2014 рр. збільшилась кількість захворювань на СНІД у 3,5 рази (з 2743 до 9844 осіб) та смертей від СНІДу – у 1,5 рази (з 2188 до 3426 осіб). У 2014 р. показник захворюваності на СНІД становив 22,9 на 100 тис. населення, що на 10,2% більше ніж у 2013 р., показник смертність від СНІДу - 8,0 на 100 тис. населення, що на 1,8% більше ніж у попередньому році.

Діагноз СНІД має кожен четвертий ВІЛ-інфікований пацієнт, який перебуває під медичним наглядом (24%). Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні, як і раніше, залишається туберкульоз, 64% летальних випадків серед хворих на СНІД обумовлено ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

Понад 5000 ВІЛ-інфікованих осіб, які померли у 2014 р., потребували АРТ, з них – тільки 2300 осіб (46%) отримували АРТ при житті, з яких 830 осіб (36%) лікувалися більше 12 місяців. Рівень смертності серед ЛЖВ, які не перебували на АРТ у 1,5 рази вище, ніж серед

ЛЖВ, які її отримували – 8,3 і 5,4 на 100 тис. населення. Майже кожна друга ВІЛ-інфікована особа, яка померла, була СІН (46%).

Зміна домінуючих шляхів передачі ВІЛ. У 2008 р. в Україні відбулася зміна домінуючих шляхів передачі збудника ВІЛ-інфекції – зі штучного парентерального при вживанні ін'єкційних наркотиків, на статевий, переважно при гетеросексуальних контактах. У структурі шляхів передачі ВІЛ, з урахуванням показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини, питома вага статевого шляху передачі ВІЛ зростала та у 2014 р. дорівнювала 69,2% (рис. 1).

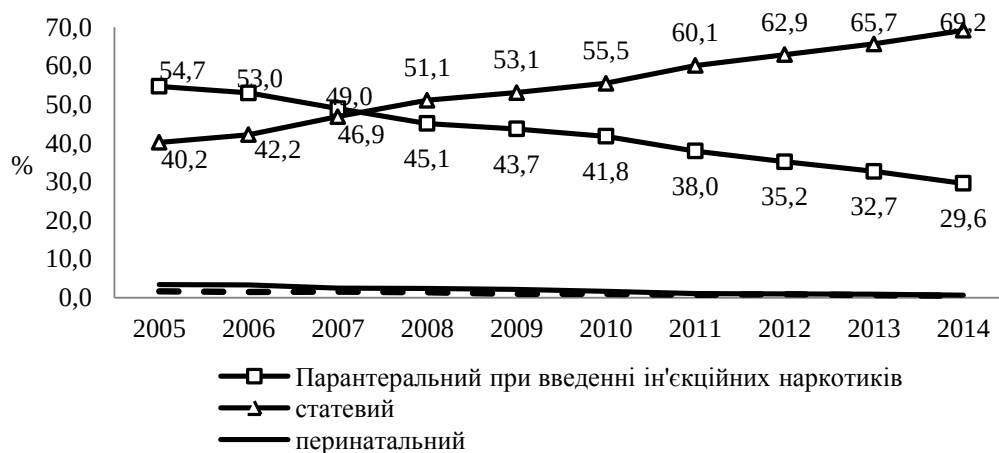


Рисунок 1. Структура шляхів передачі ВІЛ вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, з урахуванням рівнів передачі ВІЛ від матері до дитини, в Україні, % (без урахування даних АР Крим, м. Севастополь у 2014 р.)

ВІЛ-інфекція серед ЧСЧ. Все більшу епідемічну значимість набуває група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ, а саме чоловіки, які мають секс із чоловіками. В країні щорічно зростає кількість офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи – з 20 осіб у 2005 р. до 262 у 2013 р., у 2014 р. зареєстровано 277 таких випадків, без урахування даних АР Крим та м. Севастополь. Протягом 10 років кількість зареєстрованих випадків збільшилась у більш ніж в 10 разів. Проте, за оціночними даними програми Spectrum сьогодні існує суттєве недо врахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних із статевими стосунками між чоловіками.

Відсоток ЧСЧ, які перебували під медичним наглядом від оціночної чисельності ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, в Україні становить 4,0%, та коливається по регіонах від 0,1% у Сумській області до 25,9% у Миколаївській області.

ВІЛ-інфекція серед вагітних жінок. Вважається, що рівень інфікованості серед жінок, які відвідують жіночі консультації з приводу вагітності, достатньо точно відображає рівень інфікованості ВІЛ і тенденції розвитку епідемії серед загального населення. Крім того, дана група жінок становить вибірку, яка є репрезентативною для аналізу епідемічної ситуації серед репродуктивного населення.

В Україні спостерігалася позитивна тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1) з 0,55% у 2009 році до 0,39% в 2014 році. Високі рівні поширеності ВІЛ серед вагітних за кодом 109.1 у 2014 р. спостерігалися у Одеській (0,74%), Кіровоградській (0,72%), Донецькій (0,71%), Київській (0,52%), Дніпропетровській (0,48%), Чернігівській (0,45%), Миколаївській (0,44%) областях.

Наркозалежність серед вагітних жінок є особливою проблемою для системи охорони здоров'я, оскільки це може мати наслідки для здоров'я майбутньої дитини та її матері. За даними дослідження «Оцінка чисельності наркозалежних жінок репродуктивного віку та наркозалежних вагітних жінок в Україні» (Центр «Соціальний моніторинг», ЮНІСЕФ, 2014), станом на 01.01.2014 р. в Україні вперше отримані дані щодо оціночної кількості жінок ВІЛ-інфікованих вагітних, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом – 2 600 осіб. На цей час під медичним наглядом перебувало тільки 131 ВІЛ-інфікована вагітна, яка є СІН.

ВІЛ серед молоді. Уразливість молоді до ВІЛ/СНІДу є результатом низки чинників, таких як: зміни в суспільстві і соціальних цінностях, руйнування традиційних сімейних норм (кількість розлучень впродовж перших двох років після укладення шлюбу досягає 50-60%), рання статевая активність, відсутність поінформованості та знань про ризики для здоров'я, про безпечну і відповідальну сексуальну поведінку.

Одна із головних причин такого стану – недостатня поінформованість молоді про ризики для їх здоров'я, шляхи передачі ВІЛ та інших інфекцій, які передаються статевим шляхом, та засоби профілактики. Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про шляхи передачі ВІЛ склав у 2014 р. лише 23%. Це досить низький рівень поінформованості, який все ще залишається досить далеким від мети, що визначена країною в рамках виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД до 2010 р. (95%).

Звертає на себе увагу і той факт, що на тлі щорічного зростання загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб протягом 10 років, спостерігається позитивна тенденція до зниження кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15–24 років – з 2 775 осіб у 2005 р. до 1 298 осіб у 2014 р., що становить майже 50%. Це може свідчити про деяку стабілізацію епідемічної ситуації у країні. Проте слід зазначити, що для значної кількості молодих людей з груп ризику доступ до профілактичних та лікувальних послуг, що надаються державними та громадськими організаціями, є досі обмеженим. Поряд з розширенням охоплення програмами для молоді, належну увагу необхідно приділити якості та інтенсивності втручань, які б змінили поведінку на більш безпечну

ВІЛ-інфекція в ключових групах населення. Необхідно зазначити, що Україна досі залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, що зосереджена в окремих групах населення високого ризику інфікування ВІЛ, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків. Враховуючи дані дозорних епідеміологічних досліджень (ДЕН), СІН досі є найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією групою. Рівень інфікованості ВІЛ серед СІН є надзвичайно високим: 22,9% у 2008-2009 роках, 21,5% у 2011 році, 19,7% у 2013 р.

До інших груп населення, які в останні роки все сильніше вражає епідемія, належать жінки комерційного сексу, чоловіки, які мають секс із чоловіками, засуджені та особи, які перебувають під слідством. Результати дозорних досліджень демонструють, що спостерігається позитивна тенденція до зниження інфікування ВІЛ серед ЖКС, які не є СІН (з 8,5% у 2008-2009 роках до 5,8% у 2013 р.), та серед ЧСЧ (з 8,6% у 2009 р. до 5,9% у 2013 р.).

Слід відмітити, що на сучасному етапі епідемії ВІЛ-інфекції намітилася чітка тенденція до зменшення «нових» випадків ВІЛ-інфекції серед представників груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ. Так, рівень поширеності ВІЛ серед СІН, які мають відносно невеликий стаж вживання ін'єкційних наркотиків (до 3-х років) був у 4 рази нижче, ніж аналогічний показник серед усіх СІН і складав 3,5% у 2013 р. (5,2% у 2011 р. 8,5% у 2009 р.). Рівень поширеності ВІЛ серед молодих ЖКС до 25 років, які не є СІН, дорівнював 2,0% у 2013р. (2,9% у 2011 р. 5,5% у 2009 р.), а частка ВІЛ-позитивних осіб серед ЧСЧ у віці до 25

років, складала 3,0% у 2013 р. (4,2% у 2011 р. 7,9% у 2009 р.). Тобто, за даними ДЕН 2013 року поширеність ВІЛ серед осіб груп високого ризику віком до 25 років знизилась більш ніж в 2 рази проти відповідних показників 2009 року.

Проте, обсяги, якість та інтенсивність профілактичних втручань на сьогодні залишаються недостатніми для зупинення поширення ВІЛ у цих групах, а відтак – для обмеження потенційного поширення ВІЛ на загальне населення. Охоплення профілактичними програмами традиційно зберігалось на низькому рівні для всіх груп (менше 60%), що не має змоги суттєво вплинути на епідемічний процес ВІЛ-інфекції. Якщо за даними останнього програмного моніторингу у 2013 році рівень охоплення профілактичними програмами СІН у складав 63,4% (55,5% у 2011 р.), то ЖСБ - лише 46,7% (36,3% у 2011 р.), а ЧСЧ – взагалі 12,5% (11,4% у 2011 р.).

Програми профілактики серед осіб з груп ризику щодо інфікування ВІЛ та їхніх статевих партнерів відіграють вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції. За даними останнього програмного моніторингу у 2013 році відсоток осіб, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту, серед СІН становив 51,1% (47,8% у 2011 р.), серед ЖКС – 96,7% (92,0% у 2011 р.), серед ЧСЧ – 71,5% (70,5% у 2013 р.). Таким чином, найбільш небезпечна статева поведінка спостерігається серед СІН. Отже, важливо докласти зусиль, щоб швидко підвищити рівень охоплення, масштаби та якість профілактичних втручань серед представники цієї групи.

Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. На сьогодні консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію є ключовим компонентом програм профілактики, лікування, догляду і підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію. За рекомендаціями ВООЗ, цільові показники, тобто відсоток осіб, які пройшли консультування та тестування за останні 12 місяців і знають свої результати, вважаються низькими – при значенні показника менше 40%, середніми – від 40% до 75%, високими – понад 75%.

За даними біоповедінкових досліджень 2013 р. відсоток осіб, які протягом 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та знають свої результати, серед представників груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ все ще залишається на низькому рівні, за винятком ЖКС – 63,1% (59% у 2011 р.). Даний показник у 2013 р. залишався майже на тому ж рівні та становив серед СІН 42,8% (35,7% у 2011 р.), серед ЧСЧ – 38,3% (37,8% у 2011 р.).

Показник 1.6 «Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років»

Рівень поширеності ВІЛ-інфекції у віковій групі від 15 до 24 років призначений для вимірювання прогресу в зниженні кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед молодих людей. Вважається, що у молодому віці тенденції щодо зміни рівня поширеності ВІЛ є більш точними показниками сучасного стану епідемії, ніж у старшому віці, оскільки молоді люди з більшим ступенем ймовірності почали статеве життя або споживання наркотиків відносно недавно. Крім того, малоймовірно, що молоді люди, які інфікувалися ВІЛ в недавньому минулому, вже почали проходити антиретровірусне лікування.

Відповідно до рекомендованого ЮНЕЙДС Керівництва «Звітність про досягнутий прогрес у здійсненні глобальних заходів у відповідь на СНІД, 2015 р.», показник «Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років» розраховують на підставі даних щодо вагітних жінок, які відвідують жіночі консультації. Рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних 15-24 років надає доволі точну оцінку щодо останніх тенденцій поширення ВІЛ в країні та може бути екстрапольований на загальне населення.

Слід підкреслити, що вперше у 2013 р., в рамках сероепідмоніторингу, було вивчено рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних 15-24 років. У 2013 р. даний показник в Україні

дорівнював 0,33% та коливався від 0,02% у Тернопільській області до 2,92% у Кіровоградській області; у 2014 р. даний показник в Україні дорівнював 0,32% та коливався від 0,05% у Закарпатській області до 1,58% у Кіровоградській області.

У третині регіонів, населення яких складає 42% населення країни, поширеність ВІЛ серед вагітних віком 15-24 роки перевищувала відповідний загальний показник поширеності ВІЛ серед вагітних: Дніпропетровська (0,53% і 0,48%, відповідно), Донецька (0,72% і 0,71%), Кіровоградська (1,58% і 0,42%), Луганська (0,35% і 0,31%), Львівська (0,17% і 0,15%), Одеська (0,77% і 0,74%), Рівненська (0,46% і 0,17%), Чернівецька (0,11% і 0,07%) області. Враховуючи, що цих же регіонах зосереджено більше 40% осіб груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, можна припустити, що саме на цих територіях прогностично очікується несприятлива епідемічна ситуація.

Слід підкреслити, що показник «Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років» застосовується для країн з генералізованою стадією епідемії, де епідемія поширюється переважно в результаті гетеросексуальних контактів. Проте, цей показник є менш надійним для характеристики тенденцій розвитку епідемії в тих країнах, де ВІЛ-інфекція зосереджена в групах населення з поведінкою високого ризику.

Україна, де поширеність ВІЛ серед вагітних жінок на кінець 2013 р. та 2014 р. оцінювалась на рівні менше одного відсотку, належить до країн з концентрованою стадією епідемії. Тому, Україна в Національному звіті 2015 р. подає результати поширеності ВІЛ-інфекції за даними дозорних епідеміологічних досліджень: серед споживачів ін'єкційних наркотиків; серед жінок комерційного сексу; серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, тобто серед груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ, які на сьогодні і визначають епідемічний процес в країні.

В Україні поряд з рутинним епідеміологічним наглядом з 1997 р. впроваджується епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІД другого покоління, інструментом якого є дозорний епідеміологічний нагляд.

Показник 1.10 «Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ»

За даними біоповедінкового дослідження 2013 р. показник поширеності ВІЛ серед ЖКС розраховувався, базуючись на результатах тестування крові ЖКС із застосуванням швидких тестів в 25 територіальних одиницях³. Були протестовані 4 806 осіб. Рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС становив 7,3%, в 2009 році цей показник складав 12,9%, в 2011 р. – 9,0%, що демонструє поступове зменшення питомої ваги ВІЛ-інфікованих жінок серед групи ЖКС.

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група: серед ЖКС віком 25 років і старше показник досягає 9,5%, серед молодшої групи – 2,3%. Найуразливішою залишається група з подвійною ризикованою поведінкою – ЖКС, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, де показник поширеності ВІЛ, хоч і знизився у 1,5 рази, залишається традиційно найвищим – 27,6%; в 2008/9 рр. показник становив 42,2%, в 2011 р. – 45,5%. Серед групи ЖКС, яка повідомила, що не вживає наркотики ін'єкційним

³ Показник розраховувався, базуючись на результатах дозорного епід нагляду за ВІЛ, в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС, як компонент епід нагляду за ВІЛ другого покоління» у період з 21 жовтня по 26 грудня 2013 р. Дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.О. Яременка у співпраці з ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

шляхом, показник поширеності ВІЛ знизився за 5 років на 30% (з 8,5% у 2008-2009 рр. до 5,8% у 2013 р.)

Регіональний розподіл показника свідчить, що найбільш ураженими щодо поширеності ВІЛ в популяції ЖКС є третина регіонів країни- це Центральна Україна, деякі регіони Західної України (Івано-Франківська, Рівненська області) та Одеська, Донецька області. В таких містах, як Луганськ, Чернівці та Ужгород, серед ЖКС не було зафіксовано випадків інфікування ВІЛ (табл. 1).

Таблиця 1. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС, які не є СІН, по регіонах України, 2011-2013 роки

Міста	Поширеність ВІЛ, 2011 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Міста	Поширеність ВІЛ, 2011 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %
Біла Церква	-*	7,8	Полтава	18,4	7,7
Вінниця	1,6	8	Рівне	5	7,6
Дніпропетровськ	4,2	12	Сімферополь	3,4	4,4
Донецьк	36,7	9,6	Севастополь		6,6
Житомир	2,6	2,7	Суми	0,9	4,1
Запоріжжя	3,8	5,8	Тернопіль	2,1	3,2
Івано-Франківськ	7,6	11,1	Ужгород	0	0
Київ	22,2	9	Харків	0	1,1
Кіровоград	10,9	8,4	Херсон	6,8	5,7
Луганськ	0	0	Хмельницький	15,6	6,2
Луцьк	2	0	Черкаси	6,1	-*
Львів	6	2	Чернівці	0,5	0
Миколаїв	4,5	4	Чернігів	1,1	-*
Одеса	11,8	9,9			

** Дослідження не проводилося*

Показник 1.14 «Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ»

За даними моделювання розвитку епідемії ВІЛ-інфекції та оцінками експертів, група ЧСЧ залишається такою, де поширеність ВІЛ в найближчі роки продовжуватиме зростати.

Показник поширеності ВІЛ серед ЧСЧ, розрахований за даними біоповедінкового дослідження, проведеного у 2013 р.⁴ (враховувались результати тестування експрес-тестами 8100 учасників дослідження), склав 5,9%. Результати дозорних досліджень демонструють, що спостерігається позитивна тенденція до зниження поширеності ВІЛ серед ЧСЧ (8,6% у 2009 р., 6,4% у 2011 р, 5,9% у 2013 р.). Проте, дані біоповедінкового дослідження розходяться з результатами моделювання, що свідчить про необхідність додаткових більш ретельних досліджень з цих питань.

⁴ Показник розраховувався, базуючись на результатах дозорного епіднадзора за ВІЛ, в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління». Дослідження проводилось Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України у співпраці з ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група: серед ЧСЧ віком 25 років і старше показник досягає 7,7%, серед молодшої групи – 3,0%. Найбільш ураженими регіонами за показником поширеності ВІЛ серед ЧСЧ є регіони Центральної України, деякі регіони Західної України (Івано-Франківська, Рівненська області) та Одеська, Донецька області. Найвищі рівні цього показника виявлено у містах: Київ (16,5%), Севастополь (16,2%), Донецьк (14,6%), Черкаси (10,9%), Кіровоград (8,6%), Дніпропетровськ (7,8%), Одеса (7,6%), найнижчі – у містах Миколаїв (0,7%) та Чернігів (0,5%) (див. табл. 2).

Таблиця 2. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ по регіонах України, 2011-2013 рр., % та ДІ

Міста	Поширеність ВІЛ, 2011 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Міста	Поширеність ВІЛ, 2011 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %
Вінниця	6 [2–11]	4 [2–8]	Полтава	0	4 [0–5]
Дніпропетровськ	5 [2–8]	8 [0,1–10]	Рівне	2 [0,5–4]	7 [0–11]
Донецьк	20 [15–26]	15 [9–21]	Сімферополь	3 [1–5]	2 [0,5–4]
Житомир	11 [4–23]	5 [2–9]	Севастополь	7 [4–12]	17 [7–26]
Запоріжжя	5 [3–7]	5 [1–7]	Суми	6 [2–10]	3 [1–6]
Івано-Франківськ	6 [1–15]	7 [3–12]	Тернопіль	1 [0,4–3]	1 [0,1–2]
Київ	7 [4–10]	17 [7–27]	Ужгород	5 [2–10]	3 [0–7]
Кіровоград	4 [1–9]	9 [0,3–10]	Харків	5 [2–7]	1 [0,4–2,6]
Кривий Ріг	2 [0,1–6]	2 [0,3–6,3]	Херсон	6 [3–9]	6 [3–12]
Луганськ	10 [2–21]	2 [0,3–6,3]	Хмельницький	8 [9–11]	4 [1–9]
Луцьк	3 [0,1–4]	1 [0,2–1,9]	Черкаси	3 [1–5]	11 [4–18]
Львів	7 [4–11]	3 [0,7–5]	Чернівці	3 [0,2–7]	2 [0–2]
Миколаїв	2 [0,1–4]	1 [0,1–2]	Чернігів	1 [0,4–3]	1 [0–1]
Одеса	16 [1–23]	8 [5–11]			

Дані офіційної статистики щодо інфікування ВІЛ серед групи ЧСЧ дуже різняться з даними проведеного дослідження. У 2014 р. було офіційно зареєстровано 277⁵ випадки інфікування ВІЛ серед ЧСЧ. Такі розбіжності пов'язані в першу чергу з тим, що група ЧСЧ досі залишається доволі стигматизованою та не повідомляє про свою приналежність до групи ЧСЧ в центрах СНІДу під час взяття під медичний нагляд та визначення ймовірного шляху передачі ВІЛ.

Результати дозорних досліджень демонструють високий рівень інфікування ВІЛ серед ЧСЧ в 4 регіонах з офіційно середнім та низьким рівнем поширеності ВІЛ. З огляду на той факт, що результати дозорного епіднагляду не збігаються з офіційними даними, можна припустити, що сьогодні існує суттєве недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків. Тому епідемічна ситуація в групі ЧСЧ потребує більш ретельного та регулярного моніторингу.

Показник 2.5 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ»

⁵ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 43/ Нізова Н.М., Щербінська А.М., Гетьман Л.І., Кузін І.В. та ін. – К., 2014. – 112 с.

Люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, все ще залишаються групою, яка має найвищий рівень поширення ВІЛ-інфекції, що підтверджується як даними офіційної статистики, так і даними досліджень. Представлений показник дає змогу оцінити досягнутий прогрес країни на шляху зниження поширення ВІЛ споживачів ін'єкційних наркотиків.

Показник розрахований за даними біоповедінкового дослідження 2013 р.⁶ на основі результатів тестування експрес-тестами 9 502 учасників дослідження. В 2013 р. показник поширення ВІЛ серед СІН склав 19,7%; в 2008/2009 рр. цей показник становив 22,9%, в 2011 р. – 21,5%, що свідчить про поступове зменшення поширеності ВІЛ серед СІН. Найвищі показники поширеності ВІЛ серед СІН зафіксовані в м.м. Дніпропетровськ, Миколаїв та Одеса.

Як і в попередні роки, більш ураженою ВІЛ-інфекцією залишається старша група: серед СІН віком 25 років і старше показник досягає 21,7%, серед молодшої групи – 6,4%. Жінки також є більш уразливими до ВІЛ-інфікування – рівень поширення ВІЛ становить 22,4%, серед чоловіків – 18,8%.

За результатами біоповедінкового дослідження 2013 р. зафіксована позитивна динаміка до зниження поширеності ВІЛ серед СІН проти результатів 2011 р. не тільки на національному рівні, а і в регіональному розрізі. Проте, у 3 регіонах поширеність ВІЛ склала більше 30%, в 10 – перевищувала 20% (Табл. 3).

Таблиця 3. Поширеність ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків, по регіонах України, 2011-2014 рр., % та ДІ

Міста	Поширеність ВІЛ, 2011 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %	Міста	Поширеність ВІЛ, 2011 рік, %	Поширеність ВІЛ, 2013 рік, %
Сімферополь	22,6 [18,8–26,4]	22,5 [17,6–28,1]	Полтава	22,8 [17,1–28,4]	2,6 [1,3–4,7]
Вінниця	13,0 [9,2–16,9]	12,7 [7,7–18,8]	Рівне	9,2 [6,1–12,6]	24,5 [13,2–27,5]
Луцьк	18,0 [13,7–23,5]	20,3 [15,4–25,4]	Суми	4,2 [2,1–6,7]	5,1 [2,4–9,4]
Дніпропетровськ	33,4 [28,1–39,2]	34,7 [24,9–37,2]	Тернопіль	17,2 [8,7–24,9]	18,0 [12,2–24,5]
Донецьк	20,9 [16,6–25,5]	26,5 [19,0–35,0]	Харків	8,4 [5,3–12,0]	10,3 [5,1–18,0]
Житомир	19,0 [14,9–23,1]	18,9 [12,4–25,8]	Херсон	28,4 [23,1–34,2]	22,6 [16,8–28,7]
Ужгород	1,3 [0,4–2,6]	1,8 [0,0–2,5]	Хмельницький	33,7 [28,7–40,4]	28,2 [21,4–34,7]
Запоріжжя	5,8 [2,0–10,4]	2,2 [0,5–4,7]	Черкаси	26,2 [21,4–31,0]	19,8 [14,7–24,7]
Івано-Франківськ	16,9 [11,3–22,4]	17,0 [10,3–25,2]	Чернівці	3,7 [1,3–6,6]	2,2 [0,5–4,4]
Київ	25,8 [17,4–33,1]	20,1 [10,2–29,6]	Чернігів	33,1 [27,2–38,9]	18,6 [9,2–29,0]
Кіровоград	9,0 [4,9–13,2]	15,0 [3,9–19,6]	Біла Церква	27,7 [16,9–39,8]	19,7 [13,5–27,1]
Луганськ	2,4 [1,1–3,9]	3,2 [1,7–5,4]	Васильків	–	5,7 [0,8–11,9]
Львів	27,6 [21,7–34,1]	23,5 [17,6–29,4]	Севастополь	–	21,3 [11,7–23,4]

6 Показник розраховувався, базуючись на результатах дозорного епідагляду за ВІЛ, проведений в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», проведеного у період з 26 квітня по 29 жовтня 2013 року. Дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.О. Яременка у співпраці з ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Миколаїв	40,2 [25,1–45,9]	31,8 [25,9–39,2]	Фастів	–	21,7 [14,4–30,6]
Одеса	32,0 [27,9–36,4]	30,2 [24,3–36,4]			

Для виявлення тенденції нових випадків зараження ВІЛ серед СІН рекомендовано розраховувати показник поширеності ВІЛ серед осіб зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків до 3-х років, який у 2011 р. склав 5,2%, а в 2013 р. – знизився до рівня 3,5%.

Можна зробити висновок, що в країні відбувається зниження інтенсивності епідемічного процесу серед основної групи ризику інфікування – СІН. Але, враховуючи дані дозорних епідеміологічних досліджень, СІН досі залишаються найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією групою.

Показник 3.3 «Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини»

Успіх у реалізації програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) призвів до зростання рівнів ключових показників моніторингу програми ППМД. Починаючи з 2001 р., Україна досягла прогресу у зниженні рівня передачі ВІЛ від матері до дитини. За цей період показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) знизився в 6,5 разів (з 27,8% у 2001 р. до 4,3% у 2012 р.).

У 2010 році частка ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, складала 4,9%, у 2011 р. – 3,7%, у 2012 р. – 4,3% (рис. 2).

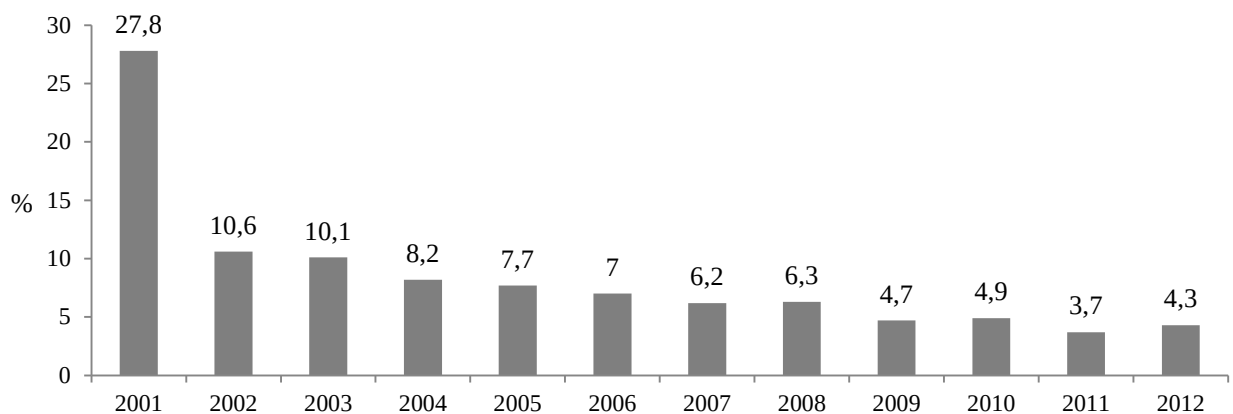


Рисунок 2. Динаміка рівня передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, за результатами серологічних досліджень, % (без урахування даних АР Крим, м. Севастополь у 2012 р.)

У 2012 р. від ВІЛ-інфікованих матерів народилося 3923 дітей з них 37 мертвонароджених та 40 живонароджених, які померли з невідомим ВІЛ-статусом. Встановлено діагноз ВІЛ-інфекції 149 дітям, знято з диспансерного нагляду у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції 3308 дітей, у 389 дітей діагноз ВІЛ-інфекції залишився в стадії підтвердження за причинами відмови батьків від обстеження дитини, зміни місяця проживання дитини та необхідністю подальшого спостереження за дитиною з метою уточнення ВІЛ-статусу.

У 11 регіонах країни частота передачі ВІЛ від матері до дитини у 2012 р. збільшилася у порівнянні з 2011 р. Суттєвих значень досягли показники у Сумській, Вінницькій, Рівненській, Донецькій, Дніпропетровській, Кіровоградській областях, у яких, за даними програмного моніторингу заходів ППМД, потребує поширення послуг з консультування та планування сім'ї для жінок репродуктивного віку з метою профілактики ВІЛ-інфекції та захисту від небажаної вагітності, налагодження більш ефективної співпраці акушерсько-гінекологічною служби та

центрів СНІДу, забезпечення своєчасного проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції дітям, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями, відповідно до чинного законодавства (табл. 4).

Таблиця 4. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини по регіонах України

Регіони	ЧПМД, %		Регіони	ЧПМД, %	
	2011	2012		2011	2012
Вінницька	5,1	13,1	Одеська	4,7	4,6
Волинська	8,5	1,8	Полтавська	4,3	1,5
Дніпропетровська	4,2	5,9	Рівненська	0,0	6,2
Донецька	5,0	6,0	Сумська	2,6	10,8
Житомирська	1,9	2,8	Тернопільська	0,0	0,0
Закарпатська	0,0	0,0	Харківська	1,1	0,0
Запорізька	2,3	4,1	Херсонська	2,1	0,9
Івано–Франківська	4,2	0,0	Хмельницька	3,5	1,7
Київська	3,5	2,9	Черкаська	5,0	4,1
Кіровоградська	4,3	5,6	Чернівецька	5,0	0,0
Луганська	1,9	1,5	Чернігівська	3,4	4,8
Львівська	1,3	0,0	м. Київ	2,2	2,5
Миколаївська	3,6	3,7	Україна	3,7/3,8*	4,3

* з урахуванням АР Крим та м. Севастополь становив - 3,7%, без даних АР Крим та м. Севастополь – 3,8%;

ВІЛ-інфіковані вагітні, які є СІН, все ще залишаються важкодоступною групою для проведення втручань з метою попередження вертикальної трансмісії ВІЛ. На момент звернення до жіночої консультації та під час вагітності частка матерів, які були активними споживачами ін'єкційних наркотиків, складала у 2011 р. 2,8%, у 2012 р. – 1,7%. ЧПМД у 2011 році серед дітей, матері яких є активними СІН, у 3,2 рази перевищував аналогічний загальний показник – 11,8% і 3,7%, відповідно. У 2011 р. перебували на ЗПТ під час вагітності 19 ВІЛ-інфікованих вагітних, у 2012 р. – 15 жінок.

Аналіз даних щодо заходів ППМД, проведених у 2011 році серед ВІЛ-інфікованих матерів дітей з встановленим ВІЛ-статусом показав, що 95,3% жінок отримали антиретровірусні препарати, у 2012 р. – 95,5%. Серед матерів ВІЛ-інфікованих дітей даний показник був значно нижче - у 2011 р. 56,6%, у 2012 р. – 61,0%, та мав зворотній зв'язок з часткою СІН серед когорти матерів, які народили ВІД-інфікованих дітей.

Суттєво збільшилась частка вагітних, які отримали профілактику трьома АРВ-препаратами серед жінок, яким під час вагітності була назначена АРВ-профілактика, – з 56% у 2009 р. до 93,6% у 2012 р.. Позитивною тенденцією є зменшення частки жінок, яким було призначена АРВ-профілактика тільки у пологах, від загальної кількості матерів, які отримали АРВ-препарати, – з 6,8% у 2009 р. до 5,0% у 2012 р.

У 2012 р. 67,4% породіль розродження здійснилося мимовільно (через природні пологові шляхи), у 26,9% – шляхом елективного кесаревого розтину, у 5,7% - шляхом термінового кесаревого розтину (у 2011 р. – 69,4%, 23,6%, 7,0%, відповідно). Встановлено, що

елективний кесарів розтин був проведений у 4,5 рази частіше жінкам, у яких діти є ВІЛ-негативними, ніж серед матерів ВІЛ-інфікованих дітей – 27,8% і 6,1%, відповідно.

Серед когорти дітей 2012 р. з визначеним ВІЛ-статусом 98,0% дітей отримали повний курс АРВ-профілактики (у 2011 р. – 98,7%) та 99,5% знаходилися на штучному вигодовуванні (у 2011 р. – 99,3%). Серед 149 ВІЛ-інфікованих дітей когорти 2012 р. значення цих показників є меншими: 84,9% новонародженим проведена АРВ-профілактика (у 2011 р. – 87,5%) та 91,0% перебували на штучному вигодовуванні одразу після народження (у 2011 р. – 88,9%).

За умови проведення своєчасного та повного курсу АРВ-профілактики ВІЛ-інфікованим вагітним та їх дітям, а також повного виключення грудного вигодовування, відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями у 2012 році в Україні міг би досягти 1,2%.

Показник 4.2. «Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії».

Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які отримують лікування через 12 місяців після початку АРТ, за звітний період з 01.01.2014 р. по 31.12.2014 р. становив 85,43% (продовжували отримувати лікування 12 254 особи з 14 344 осіб, які розпочали лікування в когорті 2013 р.) та трохи зменшився проти відповідного показника за звітний період з 01.01.2013 р. по 31.12.2013 р. (86,67 % -продовжували отримувати лікування 12 291 особа з 14 183 осіб, які розпочали лікування в когорті 2012 р.).

Існує також значна різниця між значенням вказаного показника і за регіонами країни. У Волинській, Одеській, Рівненській областях та м. Київ зареєстровано найвищі показники щодо частки осіб з когорти 2013 року, які отримують АРТ через 12 місяців після початку лікування, також, у цих регіонах відзначається тенденція до збільшення проти відповідних показників когорт попередніх років. Стабільно низькі або мають тенденцію до погіршення щодо частки осіб, які отримують АРТ через 12 місяців після початку лікування, показники у Кіровоградській, Миколаївській, Львівській, Чернівецькій, Запорізькій, Житомирській та Херсонській областях (див. табл. 5)

Серед тих, хто не отримує лікування через 12 місяців після його початку в когорті 2012 року, – 1015 осіб померли та 877 осіб припинили лікування (з різних причин). Серед когорти 2013 року 947 пацієнтів померли та 1143 – припинили лікування за різними причинами⁷.

Таблиця. 5. Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після початку АРТ, по регіонах України, 2011 – 2013 роки

Регіони	Значення показника, %			Регіони	Значення показника, %		
	когорта 2011	когорта 2012	когорта 2013		когорта 2011	когорта 2012	когорта 2013
АР Крим	87,3	91,7	-	Полтавська	85	82,7	84,8
Вінницька	84,7	90,5	87,1	Рівненська	90,2	91,2	90,3
Волинська	88,5	88,7	88,0	Сумська	91,4	83,8	82,9
Дніпропетровська	86	89,7	85,9	Тернопільська	90,9	90,0	84,2
Донецька	83,8	85,1	85,6	Харківська	84	83,7	85,4
Житомирська	87,8	85,8	80,2	Херсонська	87,3	83,9	81,5
Закарпатська	90	94,4	89,6	Хмельницька	77,9	78,5	82,3

⁷ дані по когорті 2013 року не містять всіх річних даних АР Крим та 3 з 12 місячних даних м. Севастополь

Запорізька	79,4	78,4	79,5	Черкаська	81,8	88,0	86,8
Івано-Франківська	70,7	61,5	85,8	Чернівецька	86,1	75,3	77,1
Київська	90,4	86,3	83,6	Чернігівська	92,3	90,6	87,4
Кіровоградська	68,2	76,6	72,3	м. Київ	86,4	90,8	90,4
Луганська	85,3	86,6	84,5	м. Севастополь	80	85,3	85,7
Львівська	77,7	83,3	75,6	ДУ «ІЕІХ НАМН України»	87	92,1	92,8
Миколаївська	69	83,1	75,2	НДСЛ «ОХМАТДИТ»	100	100	100
Одеська	95,5	92,7	95,6	Україна	84,1	86,7	85,4

Широкомасштабне впровадження АРТ хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні розпочалося в серпні 2004 року в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», яка фінансувалася за кошти Глобального Фонду, в 6 регіонах країни. Поетапно до 2008 р. АРТ запроваджено в усіх 27 регіонах України. Станом на 01.01.2015 р. Станом на 01.01.2015 р., разом в закладах МОЗ, НАМН та ДПтС України АРТ отримували 66 409 осіб.

Лікування 64 405 осіб, які отримували АРТ в закладах МОЗ та НАМН України, забезпечується за рахунок коштів державного бюджету (51 754 особи - 80,4%), за рахунок 10-го раунду ГФ в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» (переважно пацієнти з подвійною ВІЛ/ТБ та потрійною ВІЛ/ТБ/СІН патологією) (12 569 осіб - 19,5 %) та за рахунок коштів Фонду АнтиСНІД США в Україні (АНФ) (81 особа - 0,13%).

Діти (віком 0-17 років включно) отримують АРТ виключно за рахунок коштів державного бюджету. На кінець 2014 р. їх кількість становила 3080 осіб, що склало 4,8% від загальної кількості осіб, які отримують АРТ.

В закладах Державної пенітенціарної служби України станом на 01.01.2015 р. АРТ отримували 2 004 особи за кошти ГФ, дані ДПтСУ по АР Крим наведені станом на 01.03.2014 р.

За 2014 р. кількість осіб, які отримували АРТ в ЗОЗ МОЗ України та НАМН України, зросла на 21% (11 242 осіб). Даний показник у кількісному вимірі коливався від 38 осіб (збільшення на 13,7%) у Чернівецькій області до 2 480 осіб (збільшення на 34,8%) у Донецькій області.

Станом на 01.01.2015 р. АРТ в Україні надавалась в 216 закладах охорони здоров'я МОЗ та НАМН України, в тому числі в 25 регіональних центрах профілактики і боротьби зі СНІДом (без урахування АР Крим та м. Севастополь), 14 міських центрах профілактики і боротьби зі СНІДом, 10 протитуберкульозних закладах, 2 шкірно-венерологічних, 2 наркологічних та 1 психоневрологічному диспансерах, 160 міських/районних лікарнях, ТМО, поліклініках, НДСЛ «ОХМАТДИТ» та ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб НАМН України».

Показник 4.2 (с) «Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії»

Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які отримують лікування через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії, за звітний період з 01.01.2013 р. по 31.12.2013 р. становить 73,64% (продовжує отримувати 2 811 особи з 3 817 осіб, які розпочали лікування в

когорті 2008 року). За звітний період з 01.01.2014 р. по 31.12.2014 р. становить 73,6% (продовжує отримувати 4 136 осіб з 5 617 осіб, які розпочали лікування в когорті 2009 року).

Серед тих, хто не отримує лікування через 60 місяців після його початку в когорті 2008 року – 534 осіб померли та 472 осіб припинили лікування з різних причин, в когорті 2009 року – 719 осіб померли та 762 особи припинили лікування з різних причин.

За час впровадження АРТ в країні значно підвищився професійний рівень фахівців, які супроводжують пацієнтів на лікуванні, покращилась нормативно-правова база та матеріально-технічне забезпечення центрів профілактики і боротьби зі СНІД. Суттєвий вклад до надання послуг соціального супроводу та підтримки здійснюють неурядові організації, центри соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді, організації Товариства Червоного Хреста. Тому спостерігається підвищення даного показника у 2013 р. та 2014 р. (в когорті 2008 року) порівняно з 2009 р. (в когорті 2006 року – 70,8%), в когорті 2009 року - 73,6%.

ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ

Цілі та показники	Значення показника 2013	Значення показника 2014	Належність показника
Ціль 1. Знизити передачу ВІЛ статевим шляхом у два рази до 2015 року			
1.1 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про способи передачі ВІЛ*	48,0%	23% ⁸	ПД, ДД, СІ ⁹
1.2 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	1,0%	3,0%	ПД
1.3 Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	7,6%	9,0%	ПД
1.4 Відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту*	65,6%	61,0%	ПД
1.5 Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, та які знають свої результати	8,4%	14%	ПД
1.6 Відсоток молодих людей віком 15–24 років, які живуть з ВІЛ*	0,33%	0,3%	ПД
Показники щодо працівників комерційного сексу			
1.7 Відсоток працівників комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	70,1%	не звітувався	ПД, ДД
1.8 Відсоток працівників комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом	96,7%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
1.9 Відсоток працівників комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	63,9%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
1.10 Відсоток працівників комерційного сексу, які живуть з ВІЛ	7,3%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
Показники щодо чоловіків, які мають секс із чоловіками			
1.11 Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	43,8%	не звітувався	ПД

⁸ показники 1.1-1.5 розраховувалися, базуючись на результатах досліджень серед загального населення 2014 року, проведеного компанією GfK Ukraine на замовлення Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в Україні. Розмір вибірки – 1479 респондентів. Збір інформації: з 06 листопада 2014 р. до 25 листопада 2014 р.

⁹ ПД – Політична декларація, ДД – Дублінська декларація, СІ – Спільний інструмент, УД – Універсальний доступ

1.12 Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком	71,5%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
1.13 Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	38,3%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
1.14 Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ	5,9%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
Консультування і тестування			
1.15 Кількість медичних установ, що надають послуги, пов'язані з консультуванням і тестуванням на ВІЛ	не звітувався	1516	УД
Інфекції, що передаються статевим шляхом			
1.17.1. Відсоток жінок, які звернулися до служб допологової допомоги та які пройшли тестування на сифіліс	96,6%	95,9%	УД
1.17.2. Відсоток жінок, які звернулися до служб допологової допомоги та які пройшли тестування на сифіліс і аналіз яких виявився позитивним	0,1%	0,07%	УД
1.17.2. Відсоток жінок, які звернулися до служб допологової допомоги та які пройшли тестування на сифіліс і аналіз яких виявився позитивним та які отримали лікування	100%	100%	УД
1.17.6. Число зареєстрованих випадків сифілісу (первинний, вторинний, латентний або невідомий) у дорослих протягом останніх 12 місяців	4440	3595	УД
1.17.7. Число зареєстрованих випадків вродженого сифілісу (у живо- або мертвонароджених) протягом останніх 12 місяців	5	2	УД
1.17.8. Число чоловіків із зареєстрованими випадками гонореї за останні 12 місяців	5405	4060	УД
1.19. Діагностика ВІЛ та СНІДу	21631 (ВІЛ) 9362 (СНІД)	19273 (ВІЛ) 9844 (СНІД)	УД
Ціль 2. Знизити передачу ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків на 50% до 2015 року			
2.1 Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голок та шприців за рік	77,0	66,0	ПД, ДД, СІ
2.2 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту	54,1%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
2.3 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	96,9%	не звітувався	ПД, ДД, СІ

2.4 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	42,8%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
2.5 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ	19,7%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
Кількість споживачів опіатів			
2.6a. Розрахункова кількість споживачів опіатів (ін'єкційних)	263274	не звітувався	УД
2.6b. Кількість осіб, що отримують замісну підтримувальну терапію (ЗПТ)	8525	8407	УД
Кількість пунктів, що включені до програм з обміну голочок та шприців (ПОШ) та пунктів, що надають ЗПТ			
2.7a. Кількість пунктів, що включені до програм з обміну голочок та шприців (ПОШ)	1827	1602	УД
2.7b. Кількість пунктів, що надають ЗПТ	167	170	УД
Ціль 3. Виключити передачу ВІЛ від матері до дитини до 2015 року і суттєво знизити материнську смертність від СНІДу			
3.1 Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	96,2%	95,6%	ПД, ДД, СІ
3.2 Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження	65,0%	62,1%	ПД, СІ
3.3 Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (не змодельований)	3,7% (2011 р.)	4,31% (2012 р.)	ПД
3.3a. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (на основі програмних даних)	не звітувався	4,31% (2012 р.)	УД
3.4. Відсоток вагітних жінок, які знають свій ВІЛ статус (пройшли тестування на ВІЛ та отримали результати – під час вагітності, в період потуг та пологів, а також в післяпологовий період (<72 годин), включаючи жінок, що вже знають про свій статус	99,3%	99,2%	УД
3.6. Відсоток ВІЛ-інфікованих матерів, що були обстежені на наявність показань для призначення АРТ (клінічне або імунологічне обстеження)	100%	100%	УД
3.7. Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які отримали антиретровірусну профілактику (АРВ) для зниження ризику ранньої передачі ВІЛ від матері до дитини (в перші 6 тижнів)	98,7%	98,7%	УД
3.9. Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у яких профілактика котримоксазолом була розпочата протягом двох місяців після народження	82,3%	82,8%	УД
3.11. Кількість вагітних жінок, які звернулися за допологовою допомогою хоча б один раз протягом звітного періоду	494081	429404	УД

3.11.1. Відсоток ВІЛ-інфікованих матерів, які перервали вагітність (EURO8)	10%	7,3%	УД
3.11.2. Відсоток ВІЛ-інфікованих матерів, які народили протягом звітного періоду (EURO9)	90%	92,7%	УД
3.13.1. Відсоток ВІЛ-інфікованих матерів, які є споживачами ін'єкційних наркотиків (EURO11)	2%	0,7%	УД
3.13.2. Відсоток ВІЛ-інфікованих матерів, які є споживачами ін'єкційних наркотиків та отримували ЗПТ під час вагітності (EURO12)	12,2%	13,2%	УД
3.13.3. Відсоток ВІЛ-інфікованих матерів, які є споживачами ін'єкційних наркотиків та отримували АРВ-препарати під час вагітності (EURO13)	90,7%	89,3%	УД
Ціль 4. Надати антиретровірусне лікування 15 мільйонів людей, які живуть з ВІЛ, до 2015 року			
4.1 Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування, і які на теперішній час його отримують від диспансерної групи від оцінної чисельності	93,2% 23,8%**	95,4% 29,7%**	ПД, ДД, СІ
4.2a Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	86,7% (когорта 2012 року)	85,4% (когорта 2013 року)	ПД, СІ
4.2b Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 24 місяців після початку антиретровірусної терапії	81% (когорта 2011 року)	81,4% (когорта 2012 року)	ПД, СІ
4.2c Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії	73,64% (когорта 2008 року)	73,6% (когорта 2009 року)	ПД, СІ
4.3a. Установи охорони здоров'я, які надають АРТ	207	216	УД
4.3b. Установи охорони здоров'я, які надають АРТ дітям	не звітувався	46	УД
4.5. Відсоток ЛЖВ з першим результатом кількості CD4 < 200 кл/μL	не звітувався	27,7%	УД
Ціль 5. Знизити кількість смертей від туберкульозу у людей, які живуть з ВІЛ, на 50% до 2015 року			
5.1 Відсоток оцінного числа ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції	50,5%	не звітувався	ПД, ДД, СІ
Ціль 6. Досягти значного рівня глобальних річних витрат (22-24 млрд. дол. США) в країнах з низьким та середнім рівнем доходів			

6.1 Вітчизняні та міжнародні витрати на СНІД за категоріями та джерелами фінансування	509,446,464 грн. (2009) 65,387,420 дол. США (2009) 578,340,208 грн. (2010) 72,879,204 дол. США (2010)	798,693,448 грн. (2011) 100,212,478 дол. США (2011) 934,665,070 грн. (2012) 116,979,358 дол. США (2012)	ПД, ДД
Ціль 7. Ліквідація гендерної нерівності			
7.1 Частка жінок віком 15-49 років, які коли-небудь були у шлюбі або мали партнера і які піддавалися фізичному або сексуальному насильству з боку інтимного партнера-чоловіка протягом останніх 12 місяців	Визнано нерелевантним для країни	Визнано нерелевантним для країни	ПД
Ціль 8. Вирішення проблем стигми та дискримінації			
8.1 Відсоток чоловіків та жінок віком 15-49 років, які повідомили про дискримінаційне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ	85,3***	не звітувався	ПД
Ціль 10. Укріплення соціальної інтеграції ЛЖВ			
10.1. Відвідування шкіл дітьми-сиротами	Визнано нерелевантним для країни	Визнано нерелевантним для країни	
10.2. Зовнішня підтримка найбільш бідних домогосподарств	Визнано нерелевантним для країни	Визнано нерелевантним для країни	
Вирішальні допоміжні фактори та спільні зусилля із секторами розвитку			
Зобов'язання країни та політичні інструменти (ЗКПІ) (профілактика, лікування, догляд та підтримка, права людини, залучення громадянського суспільства, гендерні питання, програми на робочих місцях, стигма та дискримінація, моніторинг та оцінка)	Додаток 1 до звіту в ЮНЕЙДС	не звітувався	ПД
Європейське доповнення до ЗКПІ	Додаток 2 до звіту в ЮНЕЙДС	Додаток 2 до звіту в ЮНЕЙДС	ДД

* Показник Цілей розвитку тисячоліття

** Оціночні данні погоджені на засіданні МРГ МіО від 20.03.2014 року, за підсумками 2014 року – погоджені з ЮНЕЙДС

*** Даний показник розраховується за результатами опитування населення на підставі відповіді респондентів, на наступне питання.

- Стали б ви купувати свіжі овочі у крамаря або продавця, якщо б ви знали, що він є носієм ВІЛ? («Так»; «Ні»; «Залежно від ситуації»; «Не знаю / не впевнений»)

Перелік нерелевантних показників для України, які не відповідають епідемії, зареєстрованій в країні на сучасному етапі:

Розділ D. Обрізання у чоловіків

Показник 3.1a Профілактика передачі від матері дитині при грудному вигодовуванні.

Показник 3.10. Кількість новонароджених ВІЛ-інфікованими жінками, яким визначено вигодовування під час їхнього візиту у зв'язку з вакцинацією АКДП-3

Показник 7.1. Поширеність випадків насильства з боку сексуального партнера за останній період

Показник 10.1. Відвідування шкіл дітьми-сиротами

Показник 10.2. Зовнішня фінансова підтримка найбільш бідних домогосподарств.

Перелік показників, що є релевантними для України, але на сьогодні не існують офіційні статистичні форми для збору даних за вказаними показниками:

Показник 1.16. Тестування і консультування на ВІЛ серед чоловіків та жінок віком від 15 років

Показник 1.16.1. Відсоток закладів охорони здоров'я, які відчували нестачу експрес-тестів протягом останніх 12 місяців

Показник 1.17.4. Відсоток працівників комерційного сексу з активним сифілісом.

Показник 1.17.5. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками з активним сифілісом.

Показник 1.17.9. Кількість зареєстрованих випадків серед чоловіків з наявністю виділень із уретри в останні 12 місяців

Показник 1.17.10. Кількість зареєстрованих випадків серед дорослих з наявністю генітальної виразки в останні 12 місяців

Показник 3.5 Відсоток вагітних жінок, які отримують допологову допомогу, партнер-чоловік яких був обстежений на ВІЛ протягом останніх 12 місяців

Показник 3.12. Установи допологової допомоги та родовспоміжні заклади

Показник 4.2.1. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, які ще живі і про яких відомо, що вони продовжують отримувати антиретровірусну терапію через 12; 24; 60 місяців після початку АРТ

Показник 4.4. Брак АРВ-препаратів

Показник 4.6a. Допомога при ВІЛ-інфекції (додаткова розбивка для країн Європейського регіону)

Показник 4.7a. Відсоток людей, які отримують АРТ, у яких було визначено рівень вірусного навантаження та мали невизначений рівень у звітному періоді

Показник 4.7b. Відсоток людей, які отримують АРТ, у яких було визначено рівень вірусного навантаження та мали результати ≤ 1000 копій/мл через 12 місяців лікування

Показник 5.2. Відсоток дорослих та дітей, які живуть з ВІЛ, вперше включених в програму допомоги у зв'язку з ВІЛ та у яких був виявлений активний туберкульоз

Показник 5.3 Відсоток ВІЛ-інфікованих дорослих та дітей, які розпочали профілактику ізоніазидом серед тих, хто вперше став на диспансерний облік

Показник 5.4 Відсоток ВІЛ-інфікованих дорослих та дітей, які перебувають під диспансерним наглядом, та у яких було визначено та зареєстровано туберкульозний статус під час останнього візиту

III. НАЦІОНАЛЬНА ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

У 2011 р. Україна увійшла до 38 країн, визначених ЮНЕЙДС, у якості «країн високого впливу», які: (i) мають найбільш значний або важкий тягар ВІЛ/СНІД; (ii) є країнами з перехідною економікою, які, як очікується, очолять і визначать майбутнє відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції; (iii) змушені визнати геополітичну значущість, яку доводять високі рівні поширення збудника інфекції серед груп ризику або інше ключове геополітичне значення, як-то загострення гуманітарних ситуацій. У сукупності ці 38 країн із високим рівнем впливу зазнають найбільш нищівного удару епідемії ВІЛ-інфекції, адже на них припадає близько 92% нових випадків інфікування ВІЛ та 89% випадків від загальної кількості смертей від СНІДу серед дорослого населення. Швидке вжиття рішучих дій у цих країнах є ключем до досягнення цілей та планових показників Політичної Декларації 2011 р. та стратегії Прямування до нуля: досягнення нульового рівня нових випадків зараження ВІЛ, нульового рівня смертності, пов'язаної зі СНІД, і нульового рівня дискримінації.

Цей розділ описує прогрес України в досягненні Цілей тисячоліття, що спрямовані на подолання епідемії ВІЛ-інфекції до 2015 р., на основі показників, що визначені за основними напрямками протидії ВІЛ/СНІД.

Ціль 1. Знизити рівень передачі ВІЛ статевим шляхом у два рази до 2015 року

Показник 1.1 «Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про шляхи передачі ВІЛ»

За результатами дослідження, проведеного у 2012 році, відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про шляхи передачі ВІЛ, становив 48,0%¹⁰. Цей показник розраховувався на основі відповідей респондентів на п'ять запитань.

Існує несуттєва різниця у значеннях цього показника в 2012 році залежно від статі молодих людей: серед жінок 49,9% респондентів правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ та знають, як вона не передається, серед чоловіків – 45,8%.

Проте, відмічається суттєва різниця показника між групою молодих чоловіків у віці 15–19 років – 36,6% та вікової категорії 20–24 роки – 53,1%. Серед жінок віком 15–19 років значення показника сягає 42,6%, а серед вікової категорії 20–24 роки – 54,9%. Різниця, як і у випадку з чоловіками, є значною і свідчить про те, що рівень обізнаності краще у молодих людей старшого віку (віком від 20 до 24-х років).

При цьому, слід відзначити, що у Національних звітах з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом за 2006-2007 рр. і 2008-2009 рр. та Гармонізованому звіті України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу за 2012-2013 рр. значення цього показника складало 39,9%.

Щодо типу поселення (місто/село), то теж існують розбіжності у відповідях опитаних. Так, серед мешканців міст 49,6% респондентів правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, а серед сільських жителів – 43,4%.

Аналіз отриманих відповідей респондентів свідчить про досить низький рівень поінформованості молоді щодо окремих шляхів запобігання передачі ВІЛ та шляхів, якими збудник ВІЛ-інфекції не передається.

Про те, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером знають 95,1% опитаних молодих людей (серед жінок – 95,7%, серед чоловіків – 94,4%). Спостерігається різниця у відповідях на запитання про цей шлях запобігання передачі ВІЛ між віковими групами респондентів жіночої статі: 93,8% (15-19 років) та 97,0% (20-24 роки), відповідно, що вказує на необхідність посилення профілактичної роботи, насамперед, серед учнівської молоді.

Використання презервативу під час кожного сексуального контакту, як шляху запобігання статевої передачі ВІЛ, визначили 92,9% респондентів без суттєвої різниці за ознакою статі. Аналогічно з попереднім запитанням, жінки вікової категорії 15–19 років надали менше вірних відповідей на це запитання, ніж жінки у

¹⁰Показник розраховувався, базуючись на результатах мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС) 2012 року проведеного в Україні спільно Державною службою статистики та Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСФЕ) Розмір вибірки – 12459 домогосподарств та загальний рівень відповідей – понад 90% для домогосподарств, жінок, чоловіків та дітей у віці до 5 років (опитано матерів/осіб, що доглядають за такими дітьми) дали змогу отримати репрезентативні дані на національному рівні та для страт міських населених пунктів (з розподілом на великі та малі міста) та для сільської місцевості, а також для 5 регіонів (Північ, Захід, Центр, Схід та Південь).

віці 20–24 роки: 91,2% та 94,3%, відповідно. У 2011 році цей показник складав 88,2%, тобто можна говорити про незначне покращення рівня обізнаності щодо цього шляху запобігання передачі ВІЛ.

Із твердженням, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ-інфекцію, погодились 78,5% респондентів (80,2% жінок та 76,7% чоловіків). У 2011 році значення цього показника було 84,4%.

Твердження, що людина може інфікуватися ВІЛ через укуси комарів, визнали хибним 73,9% респондентів (74,8% жінок та 72,9% чоловіків). За результатами опитування можна спостерігати розбіжності, як між чоловіками та жінками вікової категорії 15–19 років, так і у віці 20–24 роки.

З тим, що людина може інфікуватися ВІЛ через їжу, яку також споживає ВІЛ-інфікована або хвора на СНІД людина, не погодились 72,9% опитаних молодих людей (73,5% серед жінок і 72,2% серед чоловіків). У 2011 році пропонувалося твердження, чи людина може інфікуватися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною. Відсоток осіб, які вірно відповіли на це запитання, у дослідженні 2011 року, складав 62,9%.

Таким чином, можемо констатувати, що з 2007 по 2011 роки значення показника не змінювалося, і залишалося на рівні 40,0%. Лише у 2012 році значення цього показника зросло і він склав 48,0%.

Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 році при підрахунку показників були взяті за основу результати мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), загальний обсяг вибірки в якому склав 12459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 3419 осіб. У 2011 році проводилося репрезентативне соціологічне опитування серед загального населення і кількість опитаних становила 2003 респонденти.

У 2014 року компанією GfK Ukraine на замовлення Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в Україні було проведено дослідження з опитування загального населення (за винятком Криму і населених пунктів в Донецької та Луганської областей, непідконтрольних українському уряду). Польовий етап дослідження було реалізовано у листопаді 2014 р. Загальний обсяг вибірки другої хвилі дослідження становив 1479 інтерв'ю, з яких 411 інтерв'ю – вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років), 321 інтерв'ю – по Дніпропетровській області. Додаткові інтерв'ю були проведені з метою забезпечення достатньої кількості респондентів для проведення надійного аналізу. Метод опитування - особисті інтерв'ю вдома у респондента, за випадковим маршрутом. У випадку, якщо у відібраному домогосподарстві двоє (або більше) респондентів підходили за квотою, для опитування вибирався той респондент, чий день народження був останнім.

До дослідження також були включені питання, пов'язані з визначенням рівня поінформованості молоді щодо окремих шляхів запобігання передачі ВІЛ та шляхів, якими збудник ВІЛ-інфекції не передається (згідно з міжнародною методологією). На підставі результатів проведеного дослідження - відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про шляхи передачі ВІЛ, становив 23,0%. Цей показник розраховувався на основі відповідей респондентів на п'ять запитань.

Аналіз отриманих відповідей респондентів свідчить про досить низький рівень поінформованості молоді щодо окремих шляхів запобігання передачі ВІЛ та шляхів, якими збудник ВІЛ-інфекції не передається.

Про те, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером знають 88% опитаних молодих людей (серед жінок – 89%, серед чоловіків – 87%). Використання презервативу під час кожного сексуального контакту, як шляху запобігання статевій передачі ВІЛ, визначили 85% респондентів. Із твердженням, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ-інфекцію, погодились 72% респондентів (71% жінок та 73% чоловіків). Твердження, що людина може інфікуватися ВІЛ через укуси комарів, визнали хибним 50% респондентів (52% жінок та 49% чоловіків). З тим, що людина може інфікуватися ВІЛ через їжу, яку також споживає ВІЛ-інфікована або хвора на СНІД людина, не погодились 55% опитаних молодих людей (56% серед жінок і 55% серед чоловіків).

Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 році при підрахунку показників були взяті за основу результати мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), загальний обсяг вибірки в якому склав 12459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 3419 осіб. У 2014 році при проведенні опитування серед загального населення кількість опитаних становила 1479 респонденти, у тому числі – 411 інтерв'ю вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років).

Треба відмітити, що в рамках виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом цільове значення цього показника на 2010 рік становило 95%. Виходячи з вищевикладеного, необхідним залишається на національному та регіональному рівнях проведення постійних інформаційно-просвітницьких кампаній, особливо для молоді, щодо обізнаності у сфері профілактики ВІЛ-інфекції.

Показник 1.2 «Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років»

Заохочення до безпечнішої статевої поведінки має вирішальне значення для обмеження розповсюдження ВІЛ. У більшості країн понад половина нових випадків ВІЛ-інфікування припадає на молодих людей у віці 15–24 роки, тому зміна поведінки цієї вікової групи особливо важлива для зниження кількості нових випадків інфікування.

Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років, у 2012 р. становив 1,0%¹¹.

Значення цього показника серед чоловіків складає 1,8%, серед жінок – 0,4%; серед чоловіків у віці 15–19 років – 1,6% та у віці 20–24 роки – 2,0%; серед жінок у віці 15–19 років – 0,2% та у віці 20–24 роки – 0,5%.

Щодо типу місцевості проживання опитаних, то не дивлячись, на доволі низький загальний відсоток, у відповідях існує різниця. Так 1,2% мешканців міст у віці 15–24 роки відзначили про початок статевого життя до 15 років та 0,6%, відповідно, жителів сільської місцевості.

Значення показника 1.2 у 2011 році становило – 6,7%. Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 р. при підрахунку показників були взяті за основу результати МІКС, загальний обсяг вибірки в якому склав 12 459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 3 419 осіб. У 2011 році проводилося репрезентативне соціологічне опитування серед загального населення і кількість опитаних становила 2003 респонденти.

У 2014 року компанією GfK Ukraine на замовлення Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в Україні було проведено дослідження з опитування загального населення (за винятком Криму і населених пунктів в Донецької та Луганської областей, непідконтрольних українському уряду). Польовий етап дослідження було реалізовано у листопаді 2014 р. Загальний обсяг вибірки другої хвилі дослідження становив 1479 інтерв'ю, з яких 411 інтерв'ю – вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років), 321 інтерв'ю – по Дніпропетровській області. Додаткові інтерв'ю були проведені з метою забезпечення достатньої кількості респондентів для проведення надійного аналізу. Метод опитування - особисті інтерв'ю вдома у респондента, за випадковим маршрутом. У випадку, якщо у відібраному домогосподарстві двоє (або більше) респондентів підходили за квотою, для опитування вибирався той респондент, чий день народження був останнім.

До дослідження також були включені питання, пов'язані з визначенням наявності статевих контактів у віці до 15 років (згідно з міжнародною методологією). На підставі результатів проведеного дослідження - відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років, у 2014 р. становив 3,0%.

Значення цього показника серед чоловіків складає 6%, серед жінок – 0,5%; серед чоловіків у віці 15–19 років – 6% та у віці 20–24 роки – 5%; серед жінок у віці 15–19 років – 0% та у віці 20–24 роки – 0,5%.

Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 році при підрахунку показників були взяті за основу результати мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), загальний обсяг вибірки в якому склав 12459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 3419 осіб. У 2014 році при проведенні опитування серед загального населення кількість опитаних становила 1479 респонденти, у тому числі – 411 інтерв'ю вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років).

Робота щодо формування культури статевих стосунків серед підлітків та молоді до початку їх статевого життя є важливим профілактичним напрямком щодо попередження інфікування ВІЛ.

Показник 1.3 «Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців»

Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців, у 2012 році склав 7,6%¹². У 2011 році значення цього показника склало 9,7%.

¹¹ Показник розраховувався, базуючись на результатах мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС) 2012 року проведеного в Україні спільно Державною службою статистики та Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСФЕ). Розмір вибірки – 12459 домогосподарств та загальний рівень відповідей – понад 90% для домогосподарств, жінок, чоловіків та дітей у віці до 5 років (опитано матерів/осіб, що доглядають за такими дітьми) дали змогу отримати репрезентативні дані на національному рівні та для страт міських населених пунктів (з розподілом на великі та малі міста) та для сільської місцевості, а також для 5 регіонів (Північ, Захід, Центр, Схід та Південь).

¹² Показник розраховувався, базуючись на результатах мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС) 2012 року проведеного в Україні спільно Державною службою статистики та Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСФЕ). Розмір вибірки – 12459 домогосподарств та загальний рівень відповідей – понад 90% для домогосподарств, жінок, чоловіків та дітей у віці до 5 років (опитано матерів/осіб, що доглядають за такими дітьми) дали змогу отримати репрезентативні дані на національному рівні та для страт міських населених пунктів (з розподілом на великі та малі міста) та для сільської місцевості, а також для 5 регіонів (Північ, Захід, Центр, Схід та Південь).

Частка жінок які повідомили про наявність більше, ніж одного статевого партнера в чотири рази менша ніж частка чоловіків – 3,1% та 12,6%. Аналогічна ситуація була зафіксована і в 2011 році: 4,6% і 14,9% відповідно.

Найбільша частка чоловіків і жінок, які мали більше одного сексуального партнера, припадає на вікову категорію 20–24 роки. Так, серед чоловіків у віці 20–24 роки цей показник складає 20,3%, а серед осіб віком 15–19 років – 14,8% та 25–49 років – 11,1%. Серед жінок у віці 20–24 роки цей показник складає 6,0%, а серед осіб віком 15–19 років – 3,1% та 25–49 років – 2,6%.

Щодо типу поселення (місто/село), то розбіжності у відповідях не суттєві та статистично не значимі. Так, серед мешканців міст значення показника складало 7,7%, а серед сільських жителів – 7,5%.

Таким чином, найбільш активне статеве життя ведуть молоді чоловіки вікових груп 20–24 роки (20,3%) і 15–19 років (14,8%). Тому, чоловіки саме цих вікових груп потребують більшої уваги щодо охоплення спеціальними профілактичними програмами.

Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 р. при підрахунку показників були взяті за основу результати МІКС, загальний обсяг вибірки в якому склав 12 459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 15 246 осіб. У 2011 році проводилося репрезентативне соціологічне опитування серед загального населення і кількість опитаних становила 2003 респонденти.

У 2014 року компанією GfK Ukraine на замовлення Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в Україні було проведено дослідження з опитування загального населення (за винятком Криму і населених пунктів в Донецької та Луганської областей, непідконтрольних українському уряду). Польовий етап дослідження було реалізовано у листопаді 2014 р. Загальний обсяг вибірки другої хвилі дослідження становив 1479 інтерв'ю, з яких 411 інтерв'ю – вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років), 321 інтерв'ю – по Дніпропетровській області. Додаткові інтерв'ю були проведені з метою забезпечення достатньої кількості респондентів для проведення надійного аналізу. Метод опитування - особисті інтерв'ю вдома у респондента, за випадковим маршрутом. У випадку, якщо у відібраному домогосподарстві двоє (або більше) респондентів підходили за квотою, для опитування вибирався той респондент, чий день народження був останнім.

До дослідження також були включені питання, пов'язані з визначенням відсотку дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців (згідно з міжнародною методологією). На підставі результатів проведеного дослідження - відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців, у 2014 р. становив 9,0%.

Частка жінок які повідомили про наявність більше, ніж одного статевого партнера на 40 % менша ніж частка чоловіків – 7% та 11%. Найбільша частка чоловіків і жінок, які мали більше одного сексуального партнера, припадає на вікову категорію 20–24 роки. Так, серед чоловіків у віці 20–24 роки цей показник складає 16%, а серед осіб віком 15–19 років – 12% та 25–49 років – 10%. Серед жінок у віці 20–24 роки цей показник складає 9,0%, а серед осіб віком 15–19 років – 4% та 25–49 років – 6%.

Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 році при підрахунку показників були взяті за основу результати мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), загальний обсяг вибірки в якому склав 12459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 3419 осіб. У 2014 році при проведенні опитування серед загального населення кількість опитаних становила 1479 респонденти, у тому числі – 411 інтерв'ю вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років).

Показник 1.4 «Відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту»

Відсоток дорослих віком від 15 до 49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців та які вказали на використання презервативу під час останнього статевого акту, в 2012 році становив 65,6%¹³.

¹³ Показник розраховувався, базуючись на результатах мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС) 2012 року проведеного в Україні спільно Державною службою статистики та Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСФЕ) Розмір вибірки – 12459 домогосподарств та загальний рівень відповідей – понад 90% для домогосподарств, жінок, чоловіків та дітей у віці до 5 років (опитано матерів/осіб, що доглядають за такими дітьми) дали змогу отримати репрезентативні дані на національному рівні та для страт міських населених пунктів (з розподілом на великі та малі міста) та для сільської місцевості, а також для 5 регіонів (Північ, Захід, Центр, Схід та Південь).

Серед чоловіків значення показника становить 69,0%, серед жінок – 53,3%. Серед чоловіків у віці 15–19 років цей показник вище ніж у групі 20–24 років та складає 89,8% та 80,4%, відповідно, а у віці 25–49 років є значно нижчим – 62,1%.

Серед жінок у віці 20–24 років значення показника складає 66,6% та у віці 25–49 років значення показника складає 46,3%. Для проведення надійних статистичних розрахунків показника серед жінок вікових категорій 15–19 років обсяг вибірки виявився не репрезентативним.

Щодо типу поселення (місто/село), то існують суттєві розбіжності у відповідях опитаних. Так, серед мешканців міст цей показник вище ніж серед сільських жителів – 67,6% і 59,5%, відповідно.

Значення показника 1.4 у 2011 році складало 63,9%, у 2009 році – 61,0%. Протягом 2009 – 2011 роки значення показника 1.4 залишилося майже на одному рівні. Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 р. при підрахунку показників були взяті за основу результати МІКС, загальний обсяг вибірки в якому склав 12459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 15246 осіб. У 2011 році проводилося репрезентативне соціологічне опитування серед загального населення і кількість опитаних становила 2003 респонденти.

У 2014 року компанією GfK Ukraine на замовлення Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в Україні було проведено дослідження з опитування загального населення (за винятком Криму і населених пунктів в Донецької та Луганської областей, непідконтрольних українському уряду). Польовий етап дослідження було реалізовано у листопаді 2014 р. Загальний обсяг вибірки другої хвилі дослідження становив 1479 інтерв'ю, з яких 411 інтерв'ю – вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років), 321 інтерв'ю – по Дніпропетровській області. Додаткові інтерв'ю були проведені з метою забезпечення достатньої кількості респондентів для проведення надійного аналізу. Метод опитування - особисті інтерв'ю вдома у респондента, за випадковим маршрутом. У випадку, якщо у відібраному домогосподарстві двоє (або більше) респондентів підходили за квотою, для опитування вибирався той респондент, чий день народження був останнім.

До дослідження також були включені питання, пов'язані з визначенням відсотку дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту (згідно з міжнародною методологією). На підставі результатів проведеного дослідження - відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту, у 2014 р. становив 61,0%.

Серед чоловіків значення показника становить 53%, серед жінок – 74%. Серед чоловіків у віці 15–19 років цей показник нижче ніж у групі 20–24 років та складає 68% та 75%, відповідно, а у віці 25–49 років є значно нижчим – 45%.

Серед жінок у віці 20–24 років значення показника складає 50% та у віці 25–49 років значення показника складає 84%. Для проведення надійних статистичних розрахунків показника серед жінок вікових категорій 15–19 років обсяг вибірки виявився не репрезентативним.

Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 році при підрахунку показників були взяті за основу результати мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), загальний обсяг вибірки в якому склав 12459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 3419 осіб. У 2014 році при проведенні опитування серед загального населення кількість опитаних становила 1479 респонденти, у тому числі – 411 інтерв'ю вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років).

Показник 1.5 «Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати»

Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, у 2012 р. становить 8,4%¹⁴. Цей показник розраховувався з використанням даних МІКС 2012.

Значення показника 1.5 у 2012 році статистично значущо відрізняється від даних 2011 року – 12,4% та даних 2009 року – 13,1%. Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 р. при підрахунку показників були взяті за основу результати МІКС, загальний обсяг вибірки в якому

¹⁴ Показник розраховувався, базуючись на результатах мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС) 2012 року проведеного в Україні спільно Державною службою статистики та Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСФЕ) Розмір вибірки – 12459 домогосподарств та загальний рівень відповідей – понад 90% для домогосподарств, жінок, чоловіків та дітей у віці до 5 років (опитано матерів/осіб, що доглядають за такими дітьми) дали змогу отримати репрезентативні дані на національному рівні та для страт міських населених пунктів (з розподілом на великі та малі міста) та для сільської місцевості, а також для 5 регіонів (Північ, Захід, Центр, Схід та Південь).

склав 12 459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 15 246 осіб. У 2011 році проводилося репрезентативне соціологічне опитування серед загального населення і кількість опитаних становила 2003 респонденти.

Згідно з результатами опитування 2012 р., частка осіб у віці 15-49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають результат тесту, становить 8,4%, серед жінок – 8,7%, серед чоловіків – 8,1%, серед мешканців міст – 8,9%, серед мешканців сільської місцевості – 6,9%. Більш високий рівень тестування жінок усіх вікових груп, ніж чоловіків, пояснюється тим, що всім вагітним, які звертаються до жіночих консультацій, на добровільних засадах пропонується пройти тест на наявність ВІЛ-інфекції. Більш високий рівень тестування міського населення, ніж сільського, пояснюється розвитком наявної інфраструктури.

Серед жінок у віці 15-19 років значення показника складає 6,9%, у віці 20-24 років – 16,4%, у віці 25-49 років – 7,5%. Значення показника у віковій групі 20-24 років значущо відрізняється у зв'язку з тим, що у цієї вікової категорії найбільша кількість вагітних. Серед чоловіків у віці 15-19 рр. значення показника становить 9,9%, у віці 20-24 рр. – 12,8%, у віці 25-49 рр. – 7,1%.

У 2014 року компанією GfK Ukraine на замовлення Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH в Україні було проведено дослідження з опитування загального населення (за винятком Криму і населених пунктів в Донецької та Луганської областей, непідконтрольних українському уряду). Польовий етап дослідження було реалізовано у листопаді 2014 р. Загальний обсяг вибірки другої хвилі дослідження становив 1479 інтерв'ю, з яких 411 інтерв'ю – вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років), 321 інтерв'ю – по Дніпропетровській області. Додаткові інтерв'ю були проведені з метою забезпечення достатньої кількості респондентів для проведення надійного аналізу. Метод опитування - особисті інтерв'ю вдома у респондента, за випадковим маршрутом. У випадку, якщо у відібраному домогосподарстві двоє (або більше) респондентів підходили за квотою, для опитування вибирався той респондент, чий день народження був останнім.

До дослідження також були включені питання, пов'язані з визначенням відсотку жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати (згідно з міжнародною методологією). На підставі результатів проведеного дослідження - відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, у 2014 р. становив 14,0%.

Згідно з результатами опитування 2014 р., частка осіб у віці 15-49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають результат тесту, становить 14%, серед жінок – 15%, серед чоловіків – 13%. Більш високий рівень тестування жінок усіх вікових груп, ніж чоловіків, пояснюється тим, що всім вагітним, які звертаються до жіночих консультацій, на добровільних засадах пропонується пройти тест на наявність ВІЛ-інфекції.

Серед жінок у віці 15-19 років значення показника складає 8%, у віці 20-24 років – 16%, у віці 25-49 років – 16%. Значення показника у віковій групі 20-24 років значущо відрізняється у зв'язку з тим, що у цієї вікової категорії найбільша кількість вагітних. Серед чоловіків у віці 15-19 рр. значення показника становить 8%, у віці 20-24 рр. – 19%, у віці 25-49 рр. – 13%.

Але, слід відмітити, що отримані дані не можливо порівнювати у зв'язку з тим, що у 2012 році при підрахунку показників були взяті за основу результати мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), загальний обсяг вибірки в якому склав 12459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 3419 осіб. У 2014 році при проведенні опитування серед загального населення кількість опитаних становила 1479 респонденти, у тому числі – 411 інтерв'ю вибірка по молоді (віком від 15 до 24 років).

Показник 1.7 «Відсоток жінок комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекцій»

Працівники комерційного сексу є важкодоступною групою для програм профілактики ВІЛ-інфекції. Але для ефективного попередження поширення ВІЛ-інфекції серед цієї групи та загального населення в цілому важливо, щоб ця група мала доступ до таких послуг. Представлений показник вимірює досягнутий прогрес у впровадженні основних профілактичних програм для працівників комерційного сексу в Україні.

Показник охоплення профілактичними програмами жінок комерційного сексу¹⁵, розрахований на основі даних інтегрованого біо-поведінкового дослідження, проведеного в 2013 році¹⁶. Для розрахунку показника використані результати відповідей на запитання: «Чи знаєте Ви куди звернутися, якщо хочете пройти тестування на ВІЛ» та «Чи отримували Ви презервативи протягом останніх 12 місяців?».

В 2013 року показник охоплення профілактичними програмами ЖКС становив 70,1% (у 2009 році показник становив 59%, у 2011 році – 61,2%), що свідчить про його позитивну динаміку порівняно з попередніми роками. Краще охопленою профілактичними програмами є група ЖКС у віці 25 років і старше, порівняно із більш молодшими представниками групи: 72,7% проти 64,5% ($p < 0.001$).

Аналіз відповідей респондентів окремо на запитання, які входять до складу показника, свідчить, що респонденти є досить обізнаними щодо того, де можна пройти тестування на ВІЛ – 95,2% (в 2011 р. – 91,1%, в 2009 р. – 89%). Питома вага ЖКС, які повідомили про отримання безкоштовних презервативів за останні 12 місяців, становить 71,0% (в 2011 р. – 64,2%, в 2009 р. – 61,0%). Найвищі показники охоплення програмами профілактики були отримані в м. Сімферополь, Вінниця, Дніпропетровськ, Луганськ, Львів, Миколаїв, Одеса, Хмельницький.

Позитивна динаміка показника пов'язана із постійним збільшенням кількості ЖКС, які охоплені профілактичними програмами, що реалізуються неурядовими організаціями. За даними програмного моніторингу¹⁷ в 2013 році послуги для працівників комерційного сексу надавалися 47 неурядовими організаціями, яким вдалося охопити мінімальним пакетом профілактики 37 394 ЖКС, що становить 46,7%¹⁸ (в 2009 р. – 36%, у 2010 р. – 37% та в 2011 р. – 40,3%). В 2014 році вдалося охопити мінімальним пакетом профілактики для працівників комерційного сексу 36 898 ЖКС, що становить 46,2%.

Розрахунок числа охоплених профілактичними програмами за даними програмного моніторингу включає більш жорсткі критерії, ніж розрахований за даними біо-поведінкового дослідження: отримання презервативу, інформаційних матеріалів та консультації. Тому цей показник є дещо нижчим, ніж розрахований на даних дослідження, але існує динаміка до зростання показника як за даними дослідження, так і за даними програмного моніторингу. Тим не менш, слід зауважити, що оціночні дані щодо кількості РКС потребують оновлення з врахуванням нових даних досліджень 2013 та 2015 років серед РКС та наявних статистичних даних та програмних показників.

Показник 1.8 «Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом»

Існує багато факторів, які впливають на поширення ВІЛ серед жінок комерційного сексу: практика сексуальних контактів із великою кількістю партнерів, із випадковими партнерами, висока сексуальна активність, тощо. Описаний нижче показник, оцінює досягнутий прогрес у попередженні передачі ВІЛ через незахищені сексуальні контакти із клієнтами.

¹⁵Тут і надалі буде вживатися термін «Жінки комерційного сексу» оскільки дані, щодо чоловіків комерційного сексу є вкрай обмеженими

¹⁶Дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» проведено серед 4806 жінок комерційного сексу у віці 14 років та старше у 25 адміністративно-територіальних одиницях України. Дослідження виконано ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» у співпраці з ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Дослідження виконано згідно методик: RDS в м. Донецьк, Запоріжжя, Київ, Миколаїв, Суми (опитано 751 ЖКС); TLS в м. Біла Церква, Вінниця, Дніпропетровськ, Донецьк, Житомир, Запоріжжя, Івано-Франківськ, Київ, Луганськ, Луцьк, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Рівне, Севастополь, Сімферополь, Ужгород, Харків, Херсон, Чернівці (опитано 3705 ЖКС); KI в м. Кіровоград, Тернопіль, Хмельницький (опитано 350 осіб).

¹⁷Дані бази Сутех, надані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

¹⁸За оціночними даними в Україні 80 тис. ЖКС. – Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлева, К. Думчев, М. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 68 с.

Показник розрахований за даними біо-поведінковому дослідженні 2013 року на основі запитання: «Пригадайте сексуальний контакт з Вашим останнім клієнтом. Чи використовували Ви/або Ваш партнер при цьому презерватив?».

Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу під час сексуального контакту із останнім клієнтом, у 2013 році становить 96,7%¹⁹. В 2009 році цей показник становив 88%, а у 2011 році – 92%, що свідчить про постійне зростання питомої ваги ЖКС, які практикують захищені сексуальні контакти із клієнтами.

Аналіз показника залежно від віку опитаних ЖКС показав, що використання презервативу під час сексуального контакту з останнім клієнтом є однаково високим як серед ЖКС у віковій групі до 25 років, так і серед старших: 96,5% та 97,0% відповідно.

ЖКС, які не використовували презерватив під час сексуального контакту із останнім клієнтом, найчастіше вказували, що мали таку практику через те, що клієнт наполіг на його невикористанні.

Більшість ЖКС (69%) із останнім клієнтом практикували вагінальний сексуальний контакт, ще майже третина (28%) – оральний, решта – анальний. Найнижчий показник використання презервативу зафіксований під час оральних сексуальних контактів – 94% (під час вагінального і анального контакту – 98%).

Показовими щодо безпечності в контексті ВІЛ-інфікування сексуальних практик є дані щодо частоти використання презервативу із клієнтами за останні 7 та 30 днів. Про постійне використання презервативу із клієнтами за останні 7 днів повідомили 84% ЖКС. Запитання щодо частоти використання презервативу за останні 30 днів задавалися залежно від виду сексуальних контактів: завжди використовували презерватив під час оральних стосунків 68%, під час вагінальних – 85%, під час анальних контактів – 71%²⁰.

У регіональному розрізі значення показника, як за 2011 рік, так і за 2013 рік зафіксовані на дуже високому рівні (див. табл. 6).

Таблиця 6. Відсоток ЖКС, які повідомили про використання презервативу під час статевих контактів з останнім клієнтом, по регіонах України, 2011-2013 роки

Місто	Дані дослідження 2011 р.	Дані дослідження 2013 р.	Місто	Дані дослідження 2011 р.	Дані дослідження 2013 р.
Вінниця	83,9	99,3	Рівне	91,5	100
Дніпропетровськ	100,0	100	Сімферополь	98,7	99,4
Донецьк	87,9	98,3	Суми	97,1	94,6
Житомир	99,4	93,1	Тернопіль	94,7	94
Запоріжжя	84,1	95,2	Ужгород	91,9	86,2
Івано-Франківськ	84,5	93,2	Харків	100,0	100
Київ	71,6	93,8	Херсон	94,4	99,3
Кіровоград	91,3	91	Хмельницький	87,4	100
Луганськ	99,2	98,7	Черкаси	96,8	_*
Луцьк	91,6	84,7	Чернівці	93,2	98,7
Львів	97,5	99,4	Чернігів	78,9	_*
Миколаїв	97,7	100	Севастополь	_*	88,6
Одеса	99,5	100	Біла Церква	_*	99
Полтава	79,0	98,3			

¹⁹Дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» проведено серед 4806 жінок комерційного сексу у віці 14 років та старше у 25 адміністративно-територіальних одиницях України. Дослідження виконано ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» у співпраці з ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Дослідження виконано згідно методик: RDS в мм. Донецьк, Запоріжжя, Київ, Миколаїв, Суми (опитано 751 ЖКС); TLS в мм. Біла Церква, Вінниця, Дніпропетровськ, Донецьк, Житомир, Запоріжжя, Івано-Франківськ, Київ, Луганськ, Луцьк, Львів, Миколаїв, Одеса, Полтава, Рівне, Севастополь, Сімферополь, Ужгород, Харків, Херсон, Чернівці (опитано 3705 ЖКС); КІ в мм. Кіровоград, Тернопіль, Хмельницький (опитано 350 осіб).

²⁰Серед тих, хто повідомив про наявність таких контактів.

* Дослідження не проводилося

Показовими щодо безпечності в контексті ВІЛ-інфікування сексуальних практик є дані щодо частоти використання презервативу із клієнтами за останні 7 та 30 днів. Про постійне використання презервативу із клієнтами за останні 7 днів повідомили 84% ЖКС. Запитання щодо частоти використання презервативу за останні 30 днів задавалися залежно від виду сексуальних контактів: завжди використовували презерватив під час оральних стосунків 68%, під час вагінальних – 85%, під час анальних контактів – 71% .

Таким чином, не дивлячись на майже 100% показник використання презервативу із останнім клієнтом, практика небезпечної сексуальної поведінки має місце серед ЖКС з огляду на аналіз даних про використання презервативу за більш тривалий термін (30 днів), що є свідченням про необхідність подальшого впровадження профілактичних заходів.

Показник 1.9 «Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати»

Показник розрахований за даними біо-поведінкового дослідження 2013 року²¹ на основі запитань: «Я зараз не запитую Вас про результат, але чи робили Ви тест на ВІЛ?», «Давайте уточнимо, чи було це за останні 12 місяців?», «Я не запитую Вас про результат, але чи отримали Ви його?».

Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали свої результати у 2013 році становив 63,1%. В 2009 році цей показник становив 59%, в 2011 р. – 58,5%. Питома вага ЖКС у віці 25 років та старші, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали результат, дещо більша, ніж серед віковій групі до 25 років: 64,7% проти 59,5%. Такі значення показника можна пояснити тим, що ЖКС віком від 25 років є більш обізнаними щодо наявних профілактичних програм та частіше стають клієнтами НУО, які реалізують такі програми. Про статус клієнта НУО повідомили 63,9% ЖКС у віці 25 років і старших та 55,6% ЖКС, які молодші 25 років ($p < 0.001$).

Одним із дієвих факторів, який впливає на збільшення кількості ЖКС, які охоплені послугами консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, є доволі широке застосування експрес-тестів, які реалізуються неурядовими організаціями. У 2013 році послуги для ЖКС надавали 47 НУО, які в рамках своєї діяльності надавали базовий пакет зменшення шкоди. За 2013 рік в НУО за допомогою експрес-тестів КіТ пройшли 13 763 ЖКС, що складає близько 17% від загальної оціночної популяції ЖКС в Україні.

При аналізі показника в регіональному розрізі, спостерігається позитивна динаміка майже в усіх містах (див. табл. 7).

Таблиця 7. Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком, 2011-2013 роки

Місто	Дані дослідження 2011 р.	Дані дослідження 2013 р.	Місто	Дані дослідження 2011 р.	Дані дослідження 2013 р.
Вінниця	56	63,8	Полтава	77	74,5
Дніпропетровськ	23	27,4	Рівне	69	70
Донецьк	73	73,8	Севастополь	65	53,5
Житомир	48	67,4	Сімферополь	76	77,9
Запоріжжя	72	68	Суми	67	75,4
Івано-Франківськ	88	86,1	Тернопіль	95	90,6
Київ	75	81,8	Ужгород	99	76,6
Кіровоград	64	75	Харків	59	69,3
Кривий Ріг	62	67	Херсон	48	74,9
Луганськ	64	65,3	Хмельницький	75	87,4
Луцьк	66	74,1	Черкаси	71	86,4

²¹Показник розраховувався, базуючись на результатах дозорного епідагляду за ВІЛ, в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» у період з 21 жовтня по 26 грудня 2013 р. Дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.О. Яременка у співпраці з ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Львів	79	76,8	Чернівці	75	87,9
Миколаїв	82	85,3	Чернігів	74	93,3
Одеса	81	85,3	Біла Церква	-*	64

* Дослідження не проводилося

Показник 1.11 «Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекцій»

Чоловіки, які практикують сексуальні контакти із чоловіками, є групою, яку доволі важко залучити до профілактичних послуг.

Показник охоплення профілактичними програмами чоловіків, які мають секс із чоловіками, розрахований на основі даних інтегрованого біо-поведінкового дослідження, проведеного в 2013 році²². Для розрахунку показника використані результати відповідей на запитання: «Чи знаєте Ви куди звернутися, якщо хочете пройти тестування на ВІЛ» та «Чи отримували Ви презервативи протягом останніх 12 місяців?».

У 2013 році показник становив 43,8% (у 2009 році – 63%, у 2011 році – 53,1%). Зниження показника пов'язано із відсутністю програм профілактики в деяких регіонах України, в яких проводилося дослідження, а саме в Чернігові, Житомирі, Івано-Франківську, Кіровограді, Луцьку, Вінниці, Хмельницькому, Луганську, Полтаві, Сумах, Ужгороді. В інших містах показник охоплення профілактичними програмами залишається практично на одному рівні з 2011 роком.

Показник охоплення профілактичними програмами серед ЧСЧ у віці до 25 років та тих, хто старші, є практично на одному рівні: 42,9% та 44,5%.

Аналіз показника свідчить, що сьогодні група ЧСЧ залишається найменш покритою послугами з профілактики в порівнянні з іншими ключовими групами, що пов'язано з важко доступністю досягнення групи та небажанням самих ЧСЧ розкривати свій статус.

Регіональна динаміка свідчить про значне збільшення клієнтів програм профілактики у більшості регіонів України (див. рис. 3). Протягом 4 останніх років з'явилися нові проекти в регіонах. Так, на кінець 2014 року в 9 регіонах України розпочато нові проекти.

²² Дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» проведено серед 8100 ЧСЧ у віці 16 років та старше у 28 адміністративно-територіальних одиницях України. Дослідження виконано Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України у співпраці з ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Дослідження виконано згідно методик RDS.

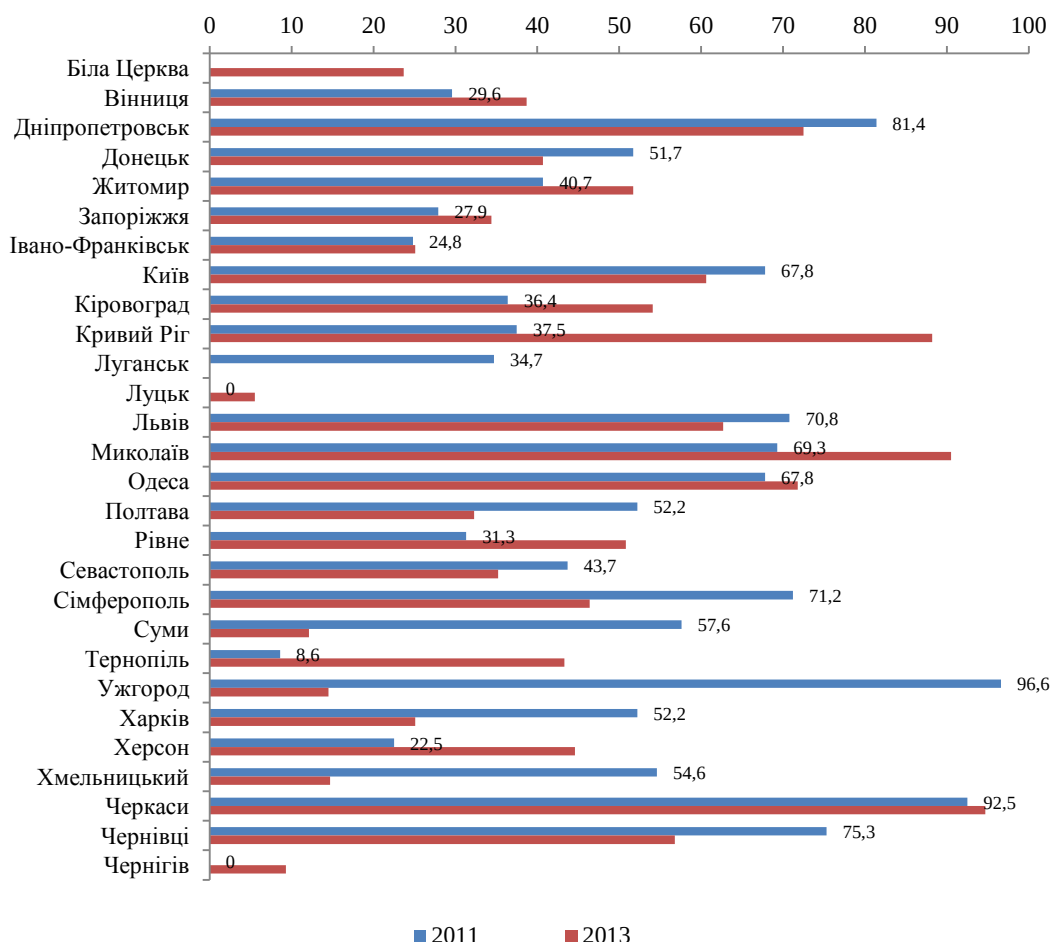


Рисунок 3. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції, у розрізі регіонів країни

За даними програмного моніторингу²³ у 2013 році послуги для чоловіків, які мають сексуальні контакти із чоловіками, надавалися 18 неурядовими організаціями, яким вдалося охопити мінімальним пакетом профілактики 21 988 ЧСЧ, що становить 12,5%²⁴ (в 2011 р. – 20,1%) від оціночної кількості ЧСЧ в Україні. У 2014 році мінімальним пакетом профілактики вдалося охопити 28 458 ЧСЧ (16,2 % від оціночної чисельності).

Розрахунок числа охоплених профілактичними програмами за даними програмного моніторингу включає більш жорсткі критерії, ніж розрахований за даними біо-поведінкового дослідження: отримання презервативу, інформаційних матеріалів та консультації. До того ж, роздача безкоштовних презервативів широко використовується в клубах та інших місцях зустрічі ЧСЧ, що допомагає поширювати такі послуги і на певну кількість ЧСЧ, що не є клієнтами НУО. Тому цей показник є нижчим, ніж розрахований на даних дослідження, але існує схожа динаміка до зниження показника у зв'язку із відсутністю програм у певних регіонах України.

Розширення програм профілактики серед ЧСЧ є пріоритетним завданням на шляху подолання епідемії ВІЛ/СНІД, особливо зважаючи на отримані прогностичні показники щодо росту нових випадків серед групи ЧСЧ в майбутньому.

Показник 1.12 «Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком»

²³ Дані бази Sytex, надані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

²⁴ За оціночними даними в Україні 80 тис. ОСБ. – Аналітичний звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ в Україні» станом на 2012 рік / Г. Берлєва, К. Думчев, М. Касянчук та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 68 с.

Показник розрахований за даними біо-поведінкового дослідження 2013 року²⁵ на основі запитання: «Чи використовували Ви презерватив під час Вашого останнього анального сексуального контакту з партнером-чоловіком?».

Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що повідомили про використання презервативу у 2013 році становить 71,5%. В 2009 році цей показник становив 64%, а у 2011 році – 70,5%. Дослідження в 2009 році проводилося лише в 15 регіонах, тому для порівняння показників доцільним є співставлення даних 2011 та 2013 років, які були проведені на всій території України. Значення цього показника за даними цих досліджень залишається приблизно на одному рівні, хоча і помітна деяка тенденція до його зростання.

Використання презервативу під час останнього сексуального контакту з партнером-чоловіком є дещо вищим серед ЧСЧ у віковій групі 25 років і старші в порівнянні з більш молодшою групою: 72,1% та 70,7% відповідно.

Більш показовим з точки зору безпечної поведінки є аналіз частоти використання презервативу. Так, за даними опитування ЧСЧ, при відповіді на запитання про практику використання презервативу при анальних сексуальних контактах з чоловіками за останні 30 днів, тільки 45% респондентів повідомили, що завжди мали таку практику. Такі дані є свідченням, що значна частина ЧСЧ продовжує практикувати ризиковану сексуальну поведінку та потребує подальшого охоплення профілактичними програмами.

Показник 1.13 «Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати»

Показник розрахований за даними біо-поведінкового дослідження 2013 року²⁶ на основі запитань: «Я зараз не запитую Вас про результат, але чи робили Ви тест на ВІЛ?», «Давайте уточнимо, чи було це за останні 12 місяців?», «Я не запитую Вас про результат, але чи отримали Ви його?».

Відсоток чоловіків, які мали секс із чоловіками, що пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали свої результати у 2013 році становив 38,3%. У 2009 році цей показник становив 43,0%, в 2011 р. – 37,8%. Ці дані свідчать, що показник щодо наявності досвіду тестування в порівнянні з 2011 роком залишається практично на одному рівні, й трохи більше третини опитаних ЧСЧ пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати.

Питома вага ЧСЧ у віці 25 років та старші, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали результат, значно більша, ніж серед молоді: 41,9% проти 32,8% ($p < 0.0001$) відповідно. Значення показника залежно від регіону дослідження представлено.

Одним із дієвих факторів, який впливає на збільшення кількості ЧСЧ, які охоплені послугами консультування і тестування на ВІЛ, є доволі широке застосування експрес-тестів, які реалізуються неурядовими організаціями. За 2014 рік тестування в НУО за допомогою експрес-тестів пройшли 10 210 ЧСЧ²⁷, що свідчить про необхідність розширення географії впровадження профілактичних програм та програм тестування для ЧСЧ.

Ціль 2. Знизити рівень передачі ВІЛ внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків у два рази до 2015 року

Показник 2.1 «Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голочок та шприців за рік»

²⁵ Показник розраховувався, базуючись на результатах дозорного епідагляду за ВІЛ, в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», проведеного у період з 27 квітня по 01 жовтня 2013 року. Дослідження проводилось Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України у співпраці з ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

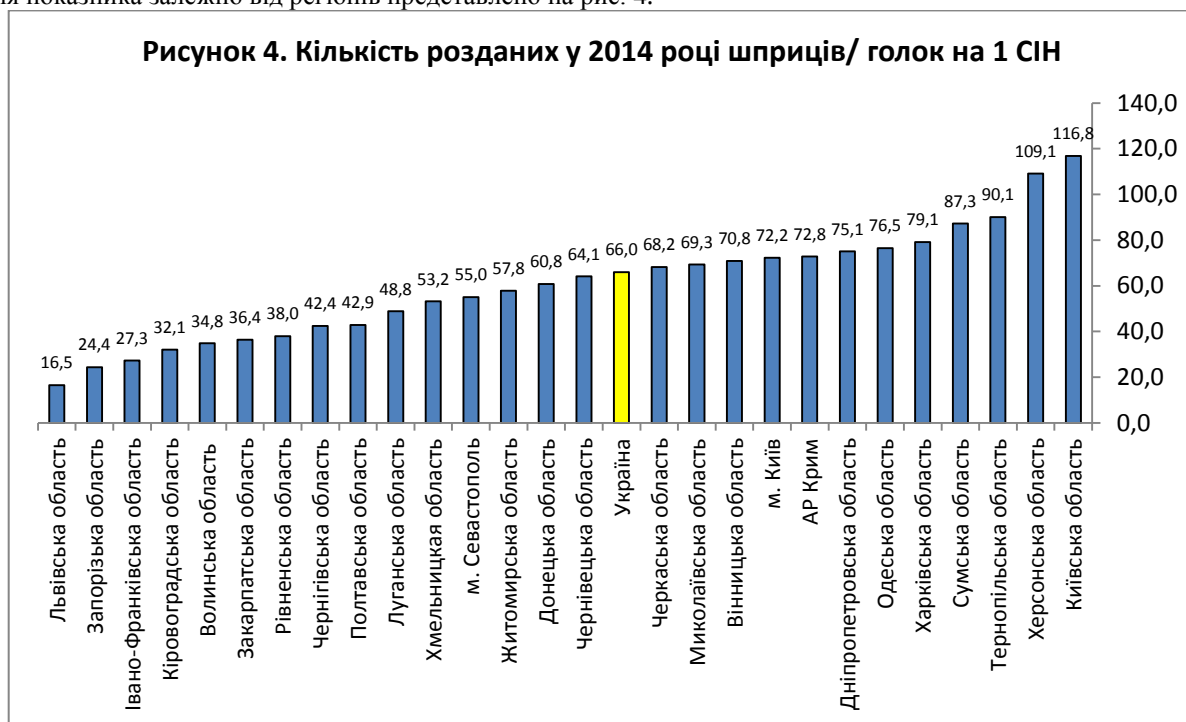
²⁶ Показник розраховувався, базуючись на результатах дозорного епідагляду за ВІЛ, в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», проведеного у період з 27 квітня по 01 жовтня 2013 року. Дослідження проводилось Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України у співпраці з ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

²⁷ Дані бази SYREX, надані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Попередження передачі ВІЛ через вживання наркотиків ін'єкційним шляхом є ключовим завданням для зниження поширення ВІЛ в країні. Представлений показник оцінює рівень охоплення базовими програмами профілактики ВІЛ людей, що вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

Програми з обміну/надання голок та шприців для СІН забезпечують доступ до стерильного інструментарію та його безпечній подальшій утилізації через стаціонарні або мобільні програми обміну, та/або через аптеки, де таке обладнання або інструментарій можна отримати безкоштовно. Показник кількості розданих шприців на одного споживача на пряму залежить від оціночної кількості СІН. В 2011 році загальна кількість розданих шприців становила 21 847 120 шт. З урахуванням оціночної кількості СІН у – 310000 осіб, кількість розданих шприців на одного СІН складала 70,5 шт. Загальна кількість розданих шприців в 2013 році збільшилася до 77,0 шт. на 1 споживача і становив 23 880 308 шт., в 2014 році - 20 460 483 шт., що становить 66,0 шт. на 1 споживача.

Цей показник дещо зменшився порівняно з 2013 роком, в якому кількість розданих голок/шприців становила 77. Зменшення показника сталося за рахунок дестабілізації ситуації в країні. Так, в Донецькій області було розповсюджено серед клієнтів профілактичних проектів майже на 1,4 млн шприців менше, ніж у 2013 році, у Луганській області – менше на 0,6 млн шприців/голок. Всього у 2014 році за даними програмного моніторингу було розповсюджено майже 20,5 млн. голок/шприців. Не зважаючи на анексію АР Криму (в т.ч. м. Севастополь), вдалося втримати рівень розповсюдження шприців/голок на рівні 2013 року в цьому регіоні. Значення показника залежно від регіонів представлено на рис. 4.



Для ефективного впливу на поведінку споживачів ін'єкційних наркотиків рекомендовано забезпечувати рівень показника розданих шприців/голок близько 100 шт. на 1 СІН за рік. Отримані дані регіонального рівня показують відповідність фактично розданих шприців у 2014 році заданим рекомендаціям, зокрема показник перевищує 100 шприців в Херсонській та Київській областях. Близький до цільового значення показник в регіонах: Тернопільська, Сумська та Харківські області.

Масштабність профілактичних програм з розповсюдження та обміну голок/шприців позначається і на показниках безпечної ін'єкційної поведінки. Про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції повідомили 96,9% СІН за даними біо-поведінкового дослідження у 2013 році.

Програми обміну шприців, які діють на всій території України, дають змогу забезпечити СІН стерильним ін'єкційним інструментарієм та налагодити стабільні контакти з представниками цієї групи ризику. Програми обміну шприців є низько пороговою послугою, що потребує збір мінімальної та анонімної інформації про клієнтів. Надаються такі послуги на безкоштовній основі та в зручних для СІН місцях.

Розповсюдження шприців/голок є складовою профілактичної програми, яка впливає на рівень безпечної поведінки серед СІН та їх партнерів. Важливим етапом реалізації стратегії зменшення шкоди є мотивація споживачів ін'єкційних наркотиків до відмови від спільного використання голок і шприців, до користування лише стерильними голками і шприцами.

Програми обміну шприців, які діють на всій території України, дають змогу забезпечити СІН стерильним ін'єкційним інструментарієм та налагодити стабільні контакти з представниками цієї групи ризику. Програми обміну шприців є низькопороговою послугою, що потребує збір мінімальної та анонімної інформації про клієнтів. Надаються такі послуги на безкоштовній основі та в зручних для СІН місцях. У 2014 році кількість пунктів надання послуг, на яких розповсюджувалися шприці/голки склала 1602.

Рівень охоплення СІН комплексним пакетом послуг з профілактики ВІЛ, які надаються ГО, у 2014 році становив 63,6% від оціночної кількості СІН в Україні. Для розрахунку цього показника були використані такі критерії: отримання протягом року презервативу, шприца/голки, ІОМ та надання консультації. В 2013 році цей показник становив 63,3%.

Показник 2.2 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту»

Показник розрахований за даними біо-поведінкового дослідження 2013 року²⁸ на основі запитання: «Чи використовували Ви (або Ваш/а партнер/ка) презерватив під час Вашого останнього сексуального контакту?»

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього сексуального контакту, у 2013 році становив 54,1%. В 2009 році цей показник становив 48%, а у 2011 році – 47,8%, що свідчить про деяке покращення показника щодо безпечної сексуальної поведінки у 2013 році. Розрахунок показника залежно від різних типів партнерів в порівнянні з 2009 роком також дещо збільшилися: з постійними партнерами – 48.1% в 2009 р., 49.7% в 2013 р. ($p=0.292$), з випадковими партнерами – 68.9% в 2009 р., 75.9% в 2013 р. ($p<0.0001$), з комерційними партнерами – 80% в 2009 р. та 79% в 2013 р. ($p=0.426$). Отримані дані свідчать, про покращення показника використання презервативу під час останнього контакту із випадковими партнерами. Використання презервативу із комерційними партнерами дещо зменшилися, але зміни не є статистично значимими.

Аналіз показника залежно від віку опитаних СІН показав, що використання презервативу під час останнього сексуального контакту є дещо вищим серед СІН у віковій групі до 25 років в порівнянні з більш старшими представниками: 62,9% та 52,5% відповідно. Залежно від статі опитаних СІН отримані дані свідчать, що чоловіки частіше за жінок практикують захищені сексуальні контакти – 55,1% проти 51,2%. Регіональні показники використання презервативу під час останнього сексуального контакту представлені на табл. 8.

Таблиця 8. Відсоток СІН, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту, 2011 рік

Місто	Дані дослідження 2011 р.	Дані дослідження 2013 р.	Місто	Дані дослідження 2011 р.	Дані дослідження 2013 р.
Біла Церква	41,4	48,8	Рівне	41,6	43,1
Вінниця	44,0	67,5	Сімферополь	60,4	55
Дніпропетровськ	28,4	39,1	Суми	61,8	69,7
Донецьк	40,7	55,8	Тернопіль	42,5	45,1
Житомир	25,1	21	Ужгород	20,9	41,2
Запоріжжя	30,9	26,8	Харків	39,5	40,7
Івано-Франківськ	45,5	63,4	Херсон	43,5	64
Київ	35,9	61,8	Хмельницький	39,1	47,1
Кіровоград	54,2	52,1	Черкаси	71,1	49,7
Луганськ	47,8	47,4	Чернівці	59,0	73,1
Луцьк	40,7	72,8	Чернігів	35,4	46,5
Львів	33,5	63,9	Васильків	_*	77,4
Миколаїв	43,8	63,2	Фастів	_*	38,5

²⁸ Дослідження «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епіднадзора за ВІЛ другого покоління» проведено серед 9502 СІН у віці 14 років та старше у 29 адміністративно-територіальних одиницях України. Дослідження виконано ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» у співпраці з ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями» на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Дослідження виконано згідно методик RDS.

Одеса	43,0	60,7	Севастополь	_*	37,8
Полтава	48,7	48			

* Дослідження не проводилося

Показник 2.3 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції»

Показник розрахований за даними біо-поведінкового дослідження 2013 року²⁹ на основі запитання: «Чи використовували Ви стерильні голку та шприц під час останнього вживання ін'єкційних наркотиків?».

У 2013 році показник використання стерильного інструментарію під час останньої ін'єкції становив 96,9%. У 2009 році цей показник становив 87%, у 2011 році цей показник був майже на такому ж високому рівні, як і в 2013 році – 95,5%.

Використання стерильного інструментарію майже не відрізняється залежно від статі СІН: 96,8% серед чоловіків та 97,3% серед жінок. Також відсутні сильні коливання показника залежно від віку СІН: 97,8% використовують стерильний інструментарій серед СІН віком до 25 років та 96,8% серед старшої групи. Регіональний розподіл показника представлений на табл. 9.

Таблиця 9. Відсоток СІН, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції, 2011 рік

Місто	Дані дослідження 2011 р.	Дані дослідження 2013 р.	Місто	Дані дослідження 2011 р.	Дані дослідження 2013 р.
Біла Церква	96,5	97,8	Рівне	95,9	97
Вінниця	97,4	98,2	Сімферополь	95,9	98,4
Дніпропетровськ	95,2	97,9	Суми	97,3	98,1
Донецьк	91,3	94	Тернопіль	99,3	99,3
Житомир	97,9	98,2	Ужгород	89,6	92,5
Запоріжжя	93,9	94,3	Харків	90,3	98,8
Івано-Франківськ	95,6	90,8	Херсон	92,4	95,7
Київ	98,5	99,2	Хмельницький	94,6	98,9
Кіровоград	93,2	91	Черкаси	95,5	95,3
Луганськ	94,4	92,6	Чернівці	99,0	100
Луцьк	97,7	96,5	Чернігів	96,9	97,3
Львів	92,4	96	Васильків	_*	96,1
Миколаїв	95,8	97,7	Севастополь	_*	95,4
Одеса	97,5	97,6	Фастів	_*	91,1
Полтава	99,1	97,5			

Наведені дані свідчать про досить високий рівень використання стерильних шприців/голок при останній ін'єкції наркотику, але статистично значимої залежності між використанням стерильного інструментарію та результатами тестування на наявність ВІЛ-інфекції не виявлено. Це свідчить, що дане запитання не є відображенням наявності постійної ризикованої практики, що може призвести до інфікування ВІЛ.

Для розуміння масштабів небезпечної ін'єкційної поведінки до уваги необхідно брати й інші показники, такі як частота використання стерильного ін'єкційного інструментарію, використання стерильного посуду для приготування та розподілу ін'єкційних наркотиків, тощо. Аналіз даних показників свідчить про більш широку поширеність небезпечної ін'єкційної поведінки серед СІН, яка може призвести до інфікування ВІЛ: 5,7% СІН повідомили про випадки використання спільного ін'єкційного інструментарію за останні 30

²⁹Показник розраховувався, базуючись на результатах дозорного епідагляду за ВІЛ, проведений в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», проведеного у період з 26 квітня по 29 жовтня 2013 року. Дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.О. Яременка у співпраці з ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

днів, 45% отримували наркотик вже в наповненому шприці, і не знають як саме цей шприц наповнювався, 48,1% використовували спільне обладнання/посуд для приготування/розподілу наркотичних речовин.

Показник 2.4 «Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати»

Показник розрахований за даними біо-поведінкового дослідження 2013 року³⁰ на основі запитань: «Я зараз не запитую Вас про результат, але чи робили Ви тест на ВІЛ?», «Давайте уточнимо, чи було це за останні 12 місяців?», «Я не запитую Вас про результат, але чи отримали Ви його?».

Відсоток СІН, що пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та отримали свої результати у 2013 році становив 42,8%. У 2009 році цей показник становив 26,4%, в 2011 р. – 35,7%. Ці дані свідчать, що показник щодо наявності досвіду тестування в порівнянні з попередніми роками, має постійну тенденцію до збільшення.

Питома вага СІН у віці 25 років та старші, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців та отримали результат, значно більша, ніж серед молоді: 44,1% проти 34,7% ($p < 0.0001$) відповідно. Серед жінок-СІН більша питома вага тих, хто звернувся за послугами КІТ, порівняно із чоловіками: 46,8% проти 41,0% відповідно. Значення показника залежно від регіону дослідження представлено на рис. 5.

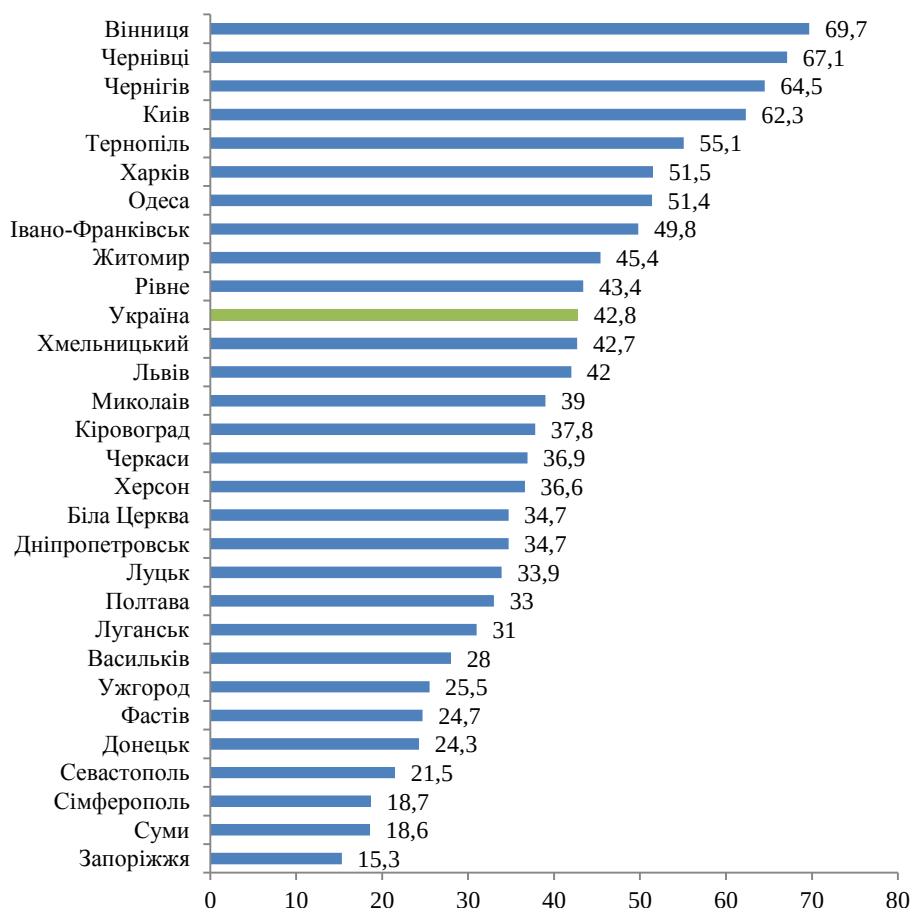


Рисунок 5. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, у розрізі регіонів країни

Одним із дієвих факторів, який впливає на збільшення кількості СІН, які охоплені послугами тестування та консультування на ВІЛ, є доволі широке застосування експрес-тестів, які реалізуються

³⁰Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) у 29 адміністративно-територіальних одиницях України в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», проведеного у період з 26 квітня по 29 жовтня 2013 року. Дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.О. Яременка у співпраці з ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

неурядовими організаціями. За 2014 рік тестування в НУО за допомогою експрес-тестів пройшли 78 135 СНІВ³¹, що складає 25,2 % (у 2011 році – 23,1%) від оціночної чисельності групи споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні.

Ціль 3. Виключити передачу ВІЛ від матері до дитини до 2015 року і суттєво знизити материнську смертність від СНІД

Показник 3.1 «Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини»

З 1999 по 2007 роки в Україні охоплення ВІЛ-інфікованих вагітних антиретровірусною терапією з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини збільшилося з 9,0% до 92,5%, а з 2008 року даний показник знаходиться у межах 94,5 – 96,0%.

Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини становить 95,8% у 2012 р., 96,2% у 2013 р., 95,6% у 2014 р.,

Система обліку та звітності заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні створена та функціонує з 2004 р., завдяки чому стало можливим здійснювати моніторинг фактичного, а не оціночного використання різних схем антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих жінок з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

В Україні вагітні жінки отримують антиретровірусне лікування лише у клініках державного сектору. Стандарти проведення АРВ-профілактики ВІЛ-інфікованим вагітним та роділлям визначені у Клінічному протоколі з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини», що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.11.2007 № 716.

Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали АРВ-профілактику, від загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, у яких вагітність завершилася пологами у 2012 р. становила 3 833 жінок, у 2013 р. – 3 739 жінок, у 2014 р. – 3 426 жінок (табл. 10).

Таблиця 10. Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали АРВ-профілактику з метою попередження передачі ВІЛ від матері до дитини у 2012 – 2014 рр.

№	Показники	2012	%	2013	%	2014*	%
1	Загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, у яких вагітність завершилася пологами.	4 002	100	3 886	100	3 583	100
2	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали АРВ-профілактику, від загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, у яких вагітність завершилася пологами.	3 833	95,8	3 739	96,2	3 426	95,6
2.1	У тому числі: АРТ за станом здоров'я до вагітності та під час вагітності	1237	31,0	1579	40,6	1620	45,2
2.2	АРВ-профілактика під час вагітності	2399	59,9	1969	50,7	1673	46,7
	з них:						
	одним АРВ-препаратом	144	3,6	28	0,7	10	0,3
	двома АРВ-препаратами	2	0,05	6	0,2	0	0
	трьома АРВ-препаратами	2253	56,3	1935	49,8	1663	46,4
2.3	АРВ-профілактика під час пологів (разова доза невірапіну)	197	4,9	191	4,9	133	3,7
3	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які не отримали АРВ-профілактику	169	4,2	146	3,8	156	4,4

* без урахування даних АР Крим та м. Севастополь

³¹ Дані бази SYREX, надані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

За період 2010 – 2014 роки встановлено поступове зменшення кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали профілактику невірапіном тільки у пологах: 286, 171, 169, 191, 133 жінок, відповідно, що свідчить про використання більш ефективних схем антиретровірусних препаратів. Зростає кількість жінок, які отримують АРТ за станом здоров'я до вагітності та під час вагітності: 2010 – 2014 рр. – 629, 810, 1237, 1579, 1620, відповідно.

Показник 3.2 «Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження»

В Україні спостерігається стабільний прогрес у розширенні профілактичних послуг для дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками. Майже всі немовлята отримують АРВ-профілактику та перебувають на штучному вигодовуванні. Охоплення тестуванням за допомогою полімеразної ланцюгової реакції для визначення ВІЛ-статусу дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, також постійно зростає – 84,3% у 2011 р., 94,0% у 2012 р., 94,5% у 2013 р. У 2014 р., даний показник знизився до 86,0%, у зв'язку з дефіцитом виробів медичного призначення в умовах гуманітарної кризи та бойових дій на Сході країни.

За рекомендацією ВООЗ, вірусологічне тестування на ВІЛ-інфекцію необхідно проводити як можна раніше, з метою своєчасного прийняття клінічного рішення на максимально ранній стадії ВІЛ-інфекції у дитини. В Україні, відповідно до Клінічного протоколу з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я від 07.04.2006 № 206 перше дослідження методом ПЛР ДНК доцільно проводити дитині, народженій ВІЛ-інфікованою жінкою, у віці 1-2 місяців, друге - в 3-5 місяців від народження.

Показник «відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження» призначений для вимірювання ступені прогресу охоплення та своєчасності проведення ранньої діагностики на ВІЛ-інфекцію дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками. Рівень даного показника у 2013 р. становило 62,1% (у 2012 р. – 68,8%, у 2013 р. – 65,0%).

Значення показника 3.2. (62,01%) розподіляється за результатами проведеного дослідження наступним чином: діти з позитивним результатом ПЛР ДНК – 39 дитини (1,8%), негативним – 2182 дітей, невизначеним або відбракуванням зразків лабораторією – 7 дітей. Розбивка даних за результатами тестування не може забезпечити їх репрезентативність щодо рівня вертикальної передачі ВІЛ у зв'язку з низьким охопленням тестування на ВІЛ дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, протягом перших 2-х місяців.

Отже, недостатній рівень показника «відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження» потребує удосконалення підходів до діагностики ВІЛ-інфекції у дітей з невизначеним ВІЛ-статусом, а саме розгляду можливості широкого застосування методу «сухої краплі», вивчення потенційних ресурсів та забезпечення впровадження заходів з децентралізації ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, відповідно до чинного законодавства.

Показник 3.4 «Відсоток вагітних жінок, які пройшли тестування на ВІЛ та одержали свої результати - під час вагітності, пологів і під час післяпологового періоду (<72 годин), у тому числі ті, хто раніше звав про свій ВІЛ-статус».

Серологічне обстеження вагітних на антитіла до ВІЛ є однією з важливих складових програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, що проводиться з метою визначення ВІЛ-статусу жінки і, у випадку підтвердження позитивного результату – надання їй консультативної, медичної допомоги та профілактичного антиретровірусного лікування для попередження інфікування ВІЛ майбутньої дитини.

Відсоток вагітних жінок, які пройшли тестування на ВІЛ та одержали свої результати - під час вагітності, пологів і під час післяпологового періоду (<72 годин), у тому числі ті, хто раніше звав про свій ВІЛ-статус становить 99,2% у 2014 році.

За методологією Спільного інструменту звітності ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС з моніторингу відповіді сектору охорони здоров'я на ВІЛ/СНІД даний показник включає всіх ВІЛ-інфікованих вагітних, зареєстрованих з приводу вагітності у 2014 році, незалежно від моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, у т.ч. до вагітності.

Відповідно до чинної нормативної бази тестування вагітних на ВІЛ-інфекцію здійснюється за поінформованою згодою жінки та рекомендується проводити двічі: при постановці на диспансерний облік у жіночій консультації та перед пологами. В Україні з 1999 року почалося поступове впровадження комплексу профілактичних заходів щодо зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ, а з 2001 року - реалізація державної

програми попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. Встановлено, що охоплення плановим обстеженням на ВІЛ вагітних в Україні з 2008 року триває на рівні 95-99%.

Привертає до себе увагу той факт, що, в Україні спостерігається поступове зниження відсотка жінок з вперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом під час вагітності, пологів або після пологів серед усіх ВІЛ-інфікованих вагітних - 55,3% у 2011 р., 55,0% у 2012 р., 49,6% у 2013 р., 48,7% у 2014 р.

Із числа жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус при зверненні у жіночу консультацію, під час пологів або після пологів у 2014 році діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений після 26 тижня вагітності, під час пологів до пологів та після пологів – 18,1%. (у 2012 р. – 20,7%, у 2013 р. – 16,2%) дізналися про, з них 4,4% жінок дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час пологів.

Показник 3.7 «Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини».

Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, знаходиться на високому рівні в цілому по Україні: 99,1% у 2011 р., 98,4% у 2012 р., 98,7% у 2013 р., 98,7% у 2014 р.

Показник розраховується за даними, що були отримані у рамках діючої система обліку та звітності заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, що функціонує з 2004 р. Чисельник включає кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримали АРВ-профілактику з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, що в 2014 р. складала 3466 дітей, знаменник включає дані про загальну кількість живонароджених дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками - 3585 дітей.

Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ повинна проводитися всім дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, згідно з чинним клінічним протоколом. Стандарти проведення АРВ-профілактики дітям, народженим ВІЛ-інфікованими жінками, визначені у Клінічному протоколі з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини», що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14.11.2007 № 716.

Показник 3.13 (а) «Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які були споживачами ін'єкційних наркотиків».

За методологією Спільного інструменту звітності ВООЗ, ЮНІСЕФ, ЮНЕЙДС з моніторингу відповіді сектору охорони здоров'я на ВІЛ/СНІД показник «відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які вживають ін'єкційні наркотики» вимірює частку ВІЛ-інфікованих жінок, які активно вживали ін'єкційні наркотики під час вагітності, та складає 0,7% у 2014 році (у 2012 р. – 1,5%, у 2013 р. – 2,0%).

Чисельник включає кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які активно вживали ін'єкційні наркотики під час вагітності, що в 2014 р. складала 27 жінок. Знаменник включає дані про загальну кількість ВІЛ-інфікованих жінок, у яких вагітність завершилася пологами та абортами, що у 2014 р. складала 3573 жінок

ВІЛ-інфіковані вагітні, які є СІН, все ще залишаються важкодоступній групою для проведення втручань з метою попередження вертикальної трансмісії ВІЛ. Відомо, що вживання ін'єкційних наркотиків та інших психоактивних речовин завжди супроводжується стигмою та дискримінацією, що призводить до приховування пацієнтками цього факту. У зв'язку з цим, реальна поширеність активних споживачів ін'єкційних наркотиків серед ВІЛ-інфікованих вагітних може бути значно вище. Така ситуація уповільнює можливість своєчасного надання необхідних послуг з ППМД, замісної підтримувальної терапії, інших медичних, соціальних та профілактичних програм для ВІЛ-інфікованих вагітних, які активно вживають ін'єкційні наркотики.

Показник 3.13 (b) «Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які отримували замісну підтримувальну терапію під час вагітності».

Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які отримували замісну підтримувальну терапію під час вагітності складає 13,2% у 2014 році (у 2012 р. – 11,6%, у 2013 р. – 12,2%).

Чисельник включає кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які знаходились на замісній підтримувальній терапії під час вагітності, дорівнює у 2014 р. 10 жінок. Знаменник включає кількість ВІЛ-інфікованих жінок – СІН, що зареєстровані з приводу вагітності, що у 2014 р. складала 76 жінок.

Отримані дані свідчать про низький рівень охоплення ВІЛ-інфікованих вагітних, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, замісною підтримувальною терапією. Встановлено, що більшість жінок, які мають активну залежність від опіатів, під час вагітності продовжують зловживати ними, піддаючи небезпеці власне здоров'я та здоров'я майбутньої дитини. Такий стан потребує активного розширення доступу вагітних, які є СІН, передусім ВІЛ-інфікованих, до замісної підтримувальної терапії, реабілітаційних програм та послуг з соціально-психологічної підтримки.

Показник 3.13 (с) «Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних породіль СІН, які отримували АРВ-профілактику для зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині під час вагітності».

Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних породіль СІН, які отримували АРВ-профілактику для зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині під час вагітності становив 89,3% у 2014 р. (у 2012 р. – 88,5%, у 2013 р. – 90,7%).

Чисельник включає кількість ВІЛ-інфікованих вагітних – СІН породіль, які отримали АРВ-профілактику для зниження ризику передачі ВІЛ від матері дитині, що у 2014 р. складала 34 жінок. Знаменник включає кількість ВІЛ-інфікованих жінок – СІН, у яких вагітність завершилася пологами у 2014 р. – 38 жінок.

Отримані дані свідчать про існуючий ще недостатній рівень охоплення ВІЛ-інфікованих вагітних – СІН антиретровірусною профілактикою для зниження рівня вертикальної трансмісії ВІЛ. Зазначена категорія пацієнтів має обмежений доступ не тільки до антиретровірусної терапії, але й до медичної допомоги в цілому. Враховуючи масштаби поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків в Україні, необхідним є уніфікація підходів до організації порядку проведення замісної підтримувальної терапії для наркозалежних з опіоїдною залежністю, що дозволить забезпечити її якість, надасть можливість формувати прихильність ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотиків до антиретровірусної терапії та забезпечити профілактику подальшого поширення розповсюдження ВІЛ-інфекції серед даного контингенту населення.

Ціль 4. Надати антиретровірусне лікування 15 мільйонам людей, які живуть з ВІЛ, до 2015 року

Показник 4.1 «Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування та на теперішній час його отримують»

Існуючі тенденції пізнього виявлення та пізнього залучення ЛЖВ до медичного нагляду обумовлюють подальше зростання все більшої кількості пацієнтів, які потребують АРТ. Незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ, – з 3 056 осіб у 2005 р. до 64 405 осіб у 2014 р., темпи розширення програми АРТ відстають від темпів збільшення кількості осіб, які потребують лікування.

Розширення доступу до АРТ для всіх, хто її потребує, та ефективне лікування хворих на ВІЛ-інфекцію впливає, як на показники захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу, так і на рівень поширеності ВІЛ серед населення.

Відповідно до рекомендацій Європейського центру з контролю та профілактики захворюваності (ECDC) і Європейського регіонального бюро ВООЗ уніфікованою методологією розрахунку індикатора охоплення ЛЖВ антиретровірусною терапією для країн Європейського регіону є «частка ЛЖВ, які отримують АРТ, від загального числа ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу, на кінець звітного року». У контексті цих рекомендацій, був розрахований відповідний показник в Україні. Отримані дані свідчать, що рівень охоплення АРТ тих, хто його потребує, не досягає 80% і у 2014 р. становив лише 50,5%

Станом на 01.01.2015 року АРТ в Україні надавалась в 216 закладах охорони здоров'я МОЗ та НАМН України, в тому числі в 25 регіональних центрах профілактики і боротьби зі СНІДом (без урахування АР Крим та м. Севастополь), 14 міських центрах профілактики і боротьби зі СНІДом, 10 протитуберкульозних закладах, 2 шкірно-венерологічних, 2 наркологічних та 1 психоневрологічному диспансерах, 160 міських/районних лікарнях, ТМО, поліклініках, НДСЛ «ОХМАТДИТ» та ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб НАМН України»

Станом на 01.01.2015 р., разом в закладах МОЗ, НАМН та ДПтС України АРТ отримували 66 409 осіб.

В закладах МОЗ та НАМН України АРТ отримувало 64 405 пацієнтів - за кошти державного бюджету – 51 754, за кошти ГФ – 12 569, за кошти ANF (AIDS Healthcare Foundation) - 82 особи.

Станом на 01.01.2015 р., охоплення АРТ серед осіб, які перебувають під медичним наглядом в закладах МОЗ та НАМН України та мають показання до АРТ (згідно з формою №56), становить 95,4% (64 405 осіб із 67 489), зокрема для дорослих - 95,2 % (61 325 осіб із 64 373), для дітей – 98,8% (3 080 осіб із 3 116).

Серед осіб, які отримують АРТ, дорослі (18 років і старше) складають 95,2% (6 1325), з них 31 620 чоловіків (51,6%), 29 705 жінок (48,4%). У загальній потребі в АРТ частка осіб чоловічої статі складає 51,8% (33 323 осіб), жіночої – 48,2% (31 050 осіб), що свідчить про рівний доступ чоловіків та жінок до АРТ. Частка дітей складає 4,8% (3 080 осіб) серед осіб, які отримують АРТ.

Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування та на теперішній час його отримують від оціночного числа ВІЛ-інфікованих пацієнтів, станом на кінець 2013 року, становив 23,8 % (в абс. числах – 55 784 осіб, які отримують АРТ, серед 233 922 осіб з ВІЛ інфекцією, згідно оціночних даних). Станом на кінець 2014 року – 29,7% (в абс. числах – 66 409 осіб, які отримують АРТ, серед 223 481 осіб з ВІЛ інфекцією, згідно оціночних даних (віком від 15 років та старші - 217 576 осіб за оціночними даними)

Ціль 5. Знизити кількість смертей від туберкульозу серед людей, які живуть з ВІЛ, на 50% до 2015 року

Показник 5.1 «Відсоток оціночного числа ВІЛ-інфікованих осіб, хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції»

Відсоток хворих, які отримали лікування від туберкульозу протягом року, серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували антиретровірусну терапію на кінець звітного року, від оціночної кількості хворих на туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ, у 2012 р. становив 50,5%. Дані надано за 2012 р. через відсутність даних ВООЗ щодо оціночної кількості хворих на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих громадян України за 2013 рік.

Для підрахунку зазначеного показника використано дані первинної облікової документації, а саме дані первинних облікових форм № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого» та № 510-3/о «Журнал реєстрації хворих, які перебувають на АРТ у лікувальному закладі» та дані Бюро ВООЗ в Україні.

Протягом 2012 р. 3 032 ВІЛ-інфіковані пацієнти, хворі на туберкульоз, отримували антиретровірусну терапію та розпочали лікування туберкульозу. Згідно даних Європейського регіонального Бюро ВООЗ, оціночна кількість хворих на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих громадян України у 2012 р. становила 6 000 осіб з коливанням від 5 000 до 7 000.

Протягом 2013 року 2 882 ВІЛ-інфіковані пацієнти, хворі на туберкульоз, отримували антиретровірусну терапію та розпочали лікування туберкульозу.

Протягом 2010–2014 рр. проведено низку заходів, спрямованих на раннє виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб та забезпечення їх відповідним лікуванням, в тому числі забезпечення скринінгу на туберкульоз за кошти Глобального Фонду. У 2010 р. прийнято новий «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», відповідно до якого туберкульоз визначено як показання до призначення антиретровірусної терапії. Також, Наказом МОЗ України від 04.09.2014 № 620 затверджено нову редакцію Уніфікованого клінічного протоколу «Туберкульоз у дорослих», в якому змінено діагностичні та лікувальні алгоритми відповідно до міжнародних рекомендацій та затверджено критерії і терміни госпіталізації.

Ціль 6. Досягнути значного рівня глобальних річних витрат (22–24 млрд. дол. США) в країнах із низьким та середнім рівнем доходів

Показник 6.1 «Витчизняні та міжнародні витрати на СНІД за категоріями та джерелами фінансування»

Інформація про обсяг та структуру витрат у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є основою для формування державної політики щодо фінансування заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції. Під час розроблення національних проектів та програм з протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні необхідно передбачити впровадження механізмів поступового зменшення залежності від зовнішнього фінансування та забезпечити найбільш ефективні моделі організації надання послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки з максимальною можливістю залучення державних та місцевих джерел фінансування.

Дослідження з оцінки національних витрат проводиться один раз на 2 роки.

У 2014 році Україна завершила обробку та аналіз даних другої хвилі оцінки національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні на основі використання адаптованої методики оцінки національних витрат на СНІД (NASA). Друга хвиля охопила відстеження національних витрат на ВІЛ за підсумками 2011–2012 років.

Джерелами інформації є звіти управлінь про впровадження програм, що фінансуються з державного та місцевого бюджету; звіти про виконання бюджету закладів, що надають медичні та соціальні послуги; звіти

неурядових організацій (далі – НУО) тощо. Важливою інформацією є дані про витрати на оплату праці фахівців, які надають послуги.

Оскільки оцінка національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні за 2009-2010 рр. проводилася за тією ж методологією – можливим є порівняння витрат протягом чотирьох років (з 2009 по 2012 рр., див. табл. 11).

Таблиця 11. Обсяг національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні (2009-2012 рр.).

Загальна сума національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції	2009	2010	2011	2012
Витрати в грн.	509,446,464	578,340,208	798,693,447	934,665,070
Курс обміну	7.791	7.936	7.970	7.990
Витрати в дол. США	65,387,420	72,879,204	100,212,478	116,979,358

Таким чином, у порівнянні з даними 2009 року, загальна сума національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції збільшилася майже на 80 % у 2012 році.

Аналіз витрат за джерелом фінансування свідчить про залежність України від міжнародних коштів щодо організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, незважаючи на те, що частка державних бюджетів (Національного та місцевих) збільшилася з 58% в 2009 році до 61% в 2012 р (див. табл. 12).

Таблиця 12. Розподіл національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні (2009-2012 рр.) за джерелами фінансування (грн.).

Джерела фінансування	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%
Національний бюджет	165,686,385	32,5%	157,386,282	27,2%	286,380,974	35,9%	374,588,235	40,08%
Місцевий бюджет	123,230,376	24,2%	137,955,552	23,9%	194,923,405	24,4%	198,987,834	21,29%
Інший державний бюджет	7,513,023	1,5%	6,808,497	1,2%	127,297	0,0%		0,00%
Витрати домогосподарств	2,069,626	0,4%	4,288,148	0,7%	1,403,144	0,2%	1,489,271	0,16%
Національні НУО та корпорації	3,458,017	0,7%	1,941,051	0,3%	25,533,710	3,2%	27,922,154	2,99%
Уряд США	6,775,648	1,3%	19,362,739	3,3%	35,141,906	4,4%	68,492,701	7,33%
Кошти інших урядів	5,778,656	1,1%	7,507,786	1,3%	628,631	0,1%	528,697	0,06%
Глобальний Фонд	172,001,388	33,8%	213,254,552	36,9%	222,563,121	27,9%	230,506,721	24,66%
Агенції ООН	9,764,341	1,9%	13,963,905	2,4%	11,803,865	1,5%	14,776,927	1,58%
Інші багатосторонні агенції	464,702	0,1%	1,453,213	0,3%	2,098,373	0,3%	673,148	0,07%
Міжнародні некомерційні організації	10,242,563	2,0%	10,485,289	1,8%	17,076,457	2,1%	16,580,873	1,77%
Міжнародні комерційні організації	597,396	0,1%	971,504	0,2%	422,229	0,1%		0,00%
Інші міжнародні донори	1,864,343	0,4%	2,961,691	0,5%	590,335	0,1%	118,509	0,01%

Усього	509,446,464		578,340,209		798,693,447		934,665,070	
--------	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--

Наведена таблиця демонструє зміни в частці фінансових джерел протягом останніх 4 років. Як представлено на таблиці – частка коштів Глобального Фонду у загальному розподілі національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні скоротилася на 9% протягом аналізованого періоду, а частка фінансування Уряду США збільшилася з 1% (у 2009 р.) до 7% (у 2012 р.).

Крім того, національні неурядові організації розширили свою діяльність, та за підсумками проведеної їх частка збільшилася на 2% протягом 4 років.

Аналіз даних відповідно до областей програми показує, що ключові пріоритети витрат змінилися протягом 4 років діяльності і у 2012 р. – лікування стало основним напрямком для витрат - 35% від загальної суми витрат; на профілактику витрачається в середньому 31% усіх коштів; на забезпечення послуг з догляду та підтримки - 29%, програми з адміністрування витрачають 32% усіх затрат. Збільшення витрат на забезпечення лікування ЛЖВ пов'язано з значним розширенням охоплення АРТ, яке відбулося в досліджуваній період.

Слід зауважити, що протягом 2009-2012 рр. витрати на забезпечення програми з адміністрування збільшилися на 13% протягом, тому – ця область витрат, у майбутньому, може вважатися потенційною областю для оптимізації витрат держави. Обсяг національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні за програмними напрямками та джерелами фінансування наведений у таблиці (див. табл. 13).

Таблиця 13. Обсяг національних витрат на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні за програмними напрямками та джерелами фінансування (2009-2012 рр.).

Джерела фінансування	2009	2010	2011	2012
Структура витрат на профілактику за джерелами фінансування				
Державний бюджет (національний та місцевий)	79,220,191	76,462,136	114,758,822	114,772,836
Національні НУО та корпорації	754,233	1,132,708	15,425,811	15,523,634
Уряд США	2,428,579	2,663,726	1,981,701	115,727
Глобальний Фонд	53,267,438	64,676,091	91,775,806	102,101,801
Агенції ООН	4,591,495	4,576,546	6,942,237	4,172,999
Інші міжнародні джерела	8,031,016	8,904,249	4,296,886	7,623,159
Усього	148,292,952	158,415,456	235,181,262	244,310,155
Структура витрат на лікування за джерелами фінансування				
Державний бюджет (національний та місцевий)	180,702,862	178,944,126	309,105,341	394,315,113
Національні НУО та корпорації	584,819	389,607	1,149,256	3,439,765
Уряд США	740,771	1,119,874	1,337,247	75,305
Глобальний Фонд	28,286,723	59,276,004	45,846,799	40,820,937
Агенції ООН	509,894	1,333,229	15,051	107,880
Інші міжнародні джерела	351,053	483,315	1,750,607	920,363
Усього	211,176,122	241,546,155	359,204,302	439,679,361
Структура витрат на забезпечення послуг з догляду та підтримки за джерелами фінансування				
Державний бюджет (національний та місцевий)	4,396,666	7,645,346	8,783,954	7,310,185
Національні НУО та корпорації	1,447,204	1,716,745	1,018,829	864,990
Уряд США			822,230	574,569
Глобальний Фонд	14,082,284	18,068,315	14,901,645	18,616,248
Агенції ООН	156,751		555,000	1,964,623
Інші міжнародні джерела	1,290,661	1,663,387	4,124,214	3,842,301
Усього	21373566	29093793	28911420	32394425
Структура витрат на забезпечення програми з адміністрування за джерелами фінансування				
Державний бюджет (національний та місцевий)	32,110,067	39,098,723	48,783,558	57,177,935
Витрати домогосподарств	775,187	2,789,698	213,845	345,167
Національні НУО та корпорації	2,741,388	2,990,139	9,342,958	9,583,036
Уряд США	3,606,298	15,579,140	31,000,729	67,727,100
Глобальний Фонд	76,364,943	71,234,143	70,038,870	68,967,735
Агенції ООН	4,506,201	8,054,129	4,291,578	8,531,427
Інші міжнародні джерела	9,274,930	12,328,533	10,644,319	5,515,405

Усього	128,603,827	149,284,807	174,102,012	217,502,638
--------	-------------	-------------	-------------	-------------

Ціль 8. Вирішення проблем стигми та дискримінації

Показник 8.1 «Відсоток чоловіків та жінок віком 15-49 років, які повідомили про дискримінаційне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ»³²

Дискримінація є порушенням прав людини, забороненим міжнародними правозахисними нормами і більшістю національних конституцій. У контексті ВІЛ, дискримінація визначається як несправедливе або необґрунтоване ставлення до людини (виражене у вигляді дії або бездіяльності) на підставі її ВІЛ-статусу. Дискримінація призводить до підвищення ризиків і позбавлення людей прав, і в кінцевому підсумку призводить до подальшого розвитку епідемії ВІЛ. Показники ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, перш за все відображають загальний рівень толерантності суспільства.

У 2012 р. при підрахунку показника були взяті результати мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС), загальний обсяг вибірки в якому склав 12 459 домогосподарств. Знаменник для розрахунку даного показника складає 15189 осіб (всі респонденти у віці 15-49, які чули про ВІЛ).

Методологією МІКС передбачено, що рівень стигматизації та дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ/СНІДом, оцінюється за відповідями на такі чотири питання:

- 1) Якби член вашої сім'ї інфікувався ВІЛ, чи хотіли б ви тримати це в таємниці?
- 2) Чи купували б ви свіжі овочі у продавця, знаючи, що ця особа ВІЛ-позитивна?
- 3) На вашу думку, чи може вчителька інфікована ВІЛ, проте не хвора на СНІД, продовжувати викладати у школі?
- 4) Якби член вашої сім'ї захворів на СНІД, чи погодилися б ви піклуватися про нього у себе вдома?

Відповідно до методології звітності Гармонізованого звіту про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу 2014 року, даний показник розраховується на основі відповідей на 2 запитання:

- 1) Чи купували б ви свіжі овочі у продавця, знаючи, що ця особа ВІЛ-позитивна?
- 2) Чи повинні, на вашу думку, діти, які живуть з ВІЛ, мати можливість відвідувати школу разом з ВІЛ-негативними дітьми?

Також для раунду звітності 2014 року, оскільки даний показник є новим, існує ймовірність, що багато країн не зможуть надати дані по ньому тому потрібно представити лише дані по першому питанню, який був використаний в попередній версії: «Чи купували б ви свіжі овочі у продавця, знаючи, що ця особа ВІЛ-позитивна?». Також рішення про звітування за цим питанням було підтримано на засіданні міжвідомчої робочої групи з питань моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу від 20 березня 2014 року (протокол №3 від 20.03.2014).

За даними МІКС 2012 року 85,3% опитаних не готові купувати свіжі овочі у власника магазину чи продавця з вірусом ВІЛ (обрали відповідь: «Ні» або «НЗ» / не впевнена / залежно від обставин), при цьому негативно налаштовані 83,7% міських жителів і 89,8% мешканців сільської місцевості.

Значення цього показника не залежить від статі респондентів, і він серед чоловіків складає 85,1%, серед жінок – 85,4%.

Щодо різних вікових груп, то значення показника відрізняється не суттєво, так, серед чоловіків у віці 15–19 років – 82,6%, у віці 20–24 роки – 85,9% та 25–49 років – 85,3%; серед жінок у віці 15–19 років – 85,4%, у віці 20–24 роки – 81,8% та 25–49 років – 86,1%.

³²Показник розраховувався, базуючись на результатах мультиіндикаторного кластерного обстеження домогосподарств (МІКС) 2012 року проведеного в Україні спільно Державною службою статистики та Представництвом Дитячого фонду ООН (ЮНІСФЕ) Розмір вибірки – 12459 домогосподарств та загальний рівень відповідей – понад 90% для домогосподарств, жінок, чоловіків та дітей у віці до 5 років (опитано матерів/осіб, що доглядають за такими дітьми) дали змогу отримати репрезентативні дані на національному рівні та для страт міських населених пунктів (з розподілом на великі та малі міста) та для сільської місцевості, а також для 5 регіонів (Північ, Захід, Центр, Схід та Південь).

Слід відмітити, що даний показник не вимірює рівень дискримінації як такої; він вимірює рівень у суспільстві дискримінаційного ставлення, яке може приводити до дискримінаційних дій (чи бездіяльності).

IV. НАЙКРАЩІ ПРАКТИКИ

Протягом 2011–2014 років в Україні продовжувалося напрацювання кращих практик та інноваційних підходів до профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, створення сприятливого середовища та формування політики, що дали б змогу найбільш успішно реалізувати потенціал країни щодо відповіді на поширення епідемії ВІЛ-інфекції.

ГФ НМФ Єдина концепція ТБ та ВІЛ заявки як методологічна платформа щодо передачі послуг у власність країни.

Координаційний механізм країни (КМК) успішно представив в ГФ Єдину Концепцію ТБ та ВІЛ в рамках Нової Моделі Фінансування та отримав у своє використання (мобілізував) 134 млн. дол. в цілях зміцнення національної протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу на період 2015-2018. Концепцію визнано успішною через запропоновану методологічну платформу щодо оптимізації послуг із запланованої передачі послуг з профілактики та лікування до національного фінансування та стабільності послуг з профілактики та лікування ВІЛ після поетапного завершення ГФ фінансування (2018).

Згідно рекомендацій дослідження «Програма щодо ефективності досліджень з ВІЛ в Україні: Чи може Україна поліпшити співвідношення ціни і якості в наданні послуг з ВІЛ?» (СБ, ЮНСІДС, 2013) кілька найважливіших змін щодо оптимізації було гармонічно реалізовано завдяки Єдиній Концепції з ТБ та ВІЛ в Україні.

Пакети послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення були оптимізовані в декількох вимірах для забезпечення їх подальшої передачі (нижче приклади базуються на Єдиній Концепції з ТБ та ВІЛ в Україні, яку було представлено до платформи заявок ГФ):

1. Стандартну методологію визначення «пакету» послуг та їх вартість за одиницю було включено у всі програми, що входять до Єдиної Концепції з ТБ та ВІЛ (Таблиця №). Вартість людських ресурсів, залучених до надання послуг, було також узгоджено на національному рівні із заробітними платами соціальних працівників щоб уникнути створення «позитивної стигми» та об'єднати з усіма програмами Концепції (див. табл. 14).

Таблиця 14. Приклад розрахунку вартості людських ресурсів для надання послуг, що входять до пакету профілактики.

Тип позиції	Вартість за 1 годин, еквівалент у доларах
Соціальний робітник	\$2.42
Соціальний робітник	\$2.42
Спеціаліст	\$3.28
Спеціаліст із ЗПТ	\$1.15
Аптекарь	\$1.56
Викладач в області охорони здоров'я	\$3.28
Психолог	\$3.07
Психолог	\$3.07
Посередник	\$3.38
Юрист	\$3.71

2. Методологію оцінки витрат з пакету послуг було стандартизовано у 4 елементи: а) медичні /немедичні товари, необхідні для надання послуг, що входять у пакет; б) програми людських ресурсів, необхідні для надання послуг; в) оперативні витрати, пов'язані з управлінням у наданні послуг – адміністративні людські ресурси (10%); г) оперативні витрати, пов'язані з управлінням у наданні послуг – офісні витрати (15%). Таке методологічне узгодження кошторису та ясність у складі витрат у всіх програмах полегшить подальші переговори щодо передачі послуг до внутрішнього фінансування та оцінки необхідних коштів з боку місцевих органів влади щодо регіональних програм зі СНІДу (див. табл. 15).

Таблиця 15. Приклад методологічного підходу до калькуляції пакетів послуг, які використовуються у Єдиній Концепції з ВІЛ та ТБ, 2014.



Кількість заходів у пакеті було оптимізовано згідно цих ключових інтервенцій з доведеним епідеміологічним впливом. Обсяг «підтримуючих» чи «додаткових» заходів було значно зменшено, звільняючи додаткові кошти для розширення заходів оптимізованих пакетів.

3. У результаті цієї оптимізації покращились частка послуг щодо прямих витрат (матеріали, людські ресурси) та вартість управління у наданні послуг (див. табл. 16).

Таблиця 16. Прибуток оптимізації від частки прямих послуг та адміністративних витрат у пакеті послуг для РКС.

4. Пакети	Вперше запропонована частка оперативних/адміністративних витрат у пакеті послуг «традиційні послуги»		Частка оперативних/адміністративних витрат у оптимізованому пакеті послуг Єдиної Концепції з ТБ та ВІЛ	
	Послуга	Управління	Послуга	Управління
	36.06%	63.94%	75.00%	25.00%

слуг для ЛЖВ було розрізнено через модель надання послуг. Основний зміст пакету заходів з профілактики залишився, в той час як операційні витрати відрізнялися в залежності від моделі надання послуг. Чотири моделі надання послуг були визначені для пакету послуг з профілактики для ЛЖВ: 1) Соціальна модель; 2) Модель - Організація/НУО; 3) Модель, заснована на фармації; 4) Модель – мобільна клініка (див. табл. 17).

Таблиця 17. Організація/НУО модель пакету послуг з профілактики для ЛЖВ.

НУО	Кількість за рік (години, консультація)	Час роботи соціального працівника за 1 послугу, години	Вартість одиниці, \$
Консультація соціального працівника	3	0.5	\$3.64
Соціальний працівник з КіТ	0.54	0.5	\$0.66
Розповсюдження шприців, голок, спиртових серветок	3	0.07	\$0.48
Соціальні працівники, які розповсюджують швидкі тести на гепатит С	0.07	0.03	\$0.00
Анкета ТБ (скринінг)	0.45	0.25	\$0.27
Управління проектом		10.00%	\$0.51
Управління проектом		15.00%	\$0.76
Всього			\$6.32

Таблиця 18. Соціальна модель пакету послуг з профілактики для ЛЖВ.

Соціальна модель	Кількість за рік (години, консультація)	Час роботи соціального працівника за 1 послугу, години	Вартість одиниці, \$
Консультація соціального працівника	6	0.5	\$7.27
Соціальний працівник з КіТ	0.58	0.5	\$0.70
Розповсюдження шприців, голок, спиртових серветок	6	0.07	\$0.97
Соціальні працівники, які розповсюджують швидкі тести на гепатит С	0.07	0.03	\$0.01
Анкета ТБ (скринінг)	0.48	0.25	\$0.29
Управління проектом		10.00%	\$0.92
Управління проектом		15.00%	\$1.39
Всього			\$11.55

Таблиця 19. Модель – мобільна клініка пакету послуг з профілактики для ЛЖВ.

Мобільна клініка	Кількість за рік (години, консультація)	Час роботи соціального працівника за 1	Вартість одиниці, \$
------------------	---	---	-------------------------

	консультація)	послугу, години	
Консультація соціального працівника	2	0.5	\$2.42
Соціальний працівник з КіТ	0.08	0.5	\$0.10
Розповсюдження шприців, голок, спиртових серветок	2	0.07	\$0.32
Соціальні працівники, які розповсюджують швидкі тести на гепатит С	0.01	0.03	\$0.00
Анкета ТБ (скринінг)	0.07	0.25	\$0.04
Управління проектом		10.00%	\$0.29
Управління проектом			\$0.00
Підтримка мобільної клініки			\$5.44
Всього			\$8.62

Таблиця 20. Модель, заснована на фармації пакету послуг з профілактики для ЛЖВ.

Фармація	Кількість за рік (години, консультація)	Час роботи соціального працівника за 1 послугу, години	Вартість одиниці, \$
Розповсюдження шприців, голок, спиртових серветок	12	0.17	\$3.12
Управління проектом		10.00%	\$0.31
Управління проектом			\$0.00
Розповсюдження шприців, голок, спиртових серветок	12	0.17	\$3.12
Управління проектом		10.00%	\$0.31
Всього			\$3.43

Різноманітність моделей надання послуг – це підхід до забезпечення ефективної профілактики в контексті різних регіональних профілів ГР, децентралізація та регіоналізація програм.

Подальша диверсифікація моделей використовується у регіональному контексті та підгрупах (підлітки ЛЖВ, ЛЖВ, які мають багаторічний досвід вживання наркотиків, ЛЖВ – вагітні жінки, ЛЖВ/ЗПТ, часті споживачі, ЛЖВ – цигані, ЛЖВ/внутрішнє переміщення осіб, ЛЖВ у сільській місцевості, ЛЖВ у місцевостях з підвищеним ризиком ТБ, тощо) має покриватися за рахунок однієї з моделей та використовуватись під час реалізації гранту.

Підлітки та молодь, які наражаються на підвищений ризик інфікування ВІЛ

Незважаючи на наявну тенденцію зі зменшення кількості офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед населення віком від 15 до 24 років (з 2 475 у 2005 р. до 1 298 у 2014 р.; частка молоді віком від 15 до 25 років у структурі нових зареєстрованих випадків ВІЛ зменшилась з 9% у 2011 р. до 6,7% у 2014 р., що може свідчити про позитивний вплив інформаційно-освітніх програм та поведінкові зміни у цій групі), все ще виникає особливе занепокоєння ситуації серед підлітків та молоді, які наражаються на підвищений ризик інфікування ВІЛ. Молоді споживачі ін'єкційних наркотиків, дівчата-підлітки, залучені до надання сексуальних послуг за винагороду, та підлітки, які живуть на вулиці, наражаються на особливий ризик інфікування ВІЛ через надзвичайно обмежений доступ до послуг з профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ, що наразі здебільшого концентруються на населенні старше 25 років³³. Багато з цих молодих осіб мають певні бар'єри до послуг з догляду та підтримки, оскільки побоюються переслідувань з боку міліції чи перенаправлення до відповідних державних установ.

Згідно з результатами вперше проведеної оцінки чисельності цільової групи – підлітків груп ризику віком 10-19 років (ПГР) – їх кількість становить 1 602 на 100 000 підлітків цієї вікової групи³⁴. Дослідження поведінкових практик³⁵ підтверджують, що майже половина ПГР в Україні знаходиться в зоні ризику інфікування ВІЛ, у той же самий час послуги з профілактики ВІЛ-інфекції розраховані, в основному, на доросле населення груп ризику і важкодоступні для підлітків.

За консолідації зусиль державних та громадських організацій, за декілька останніх років активної роботи з профілактики ВІЛ-інфекції серед ПГР в Україні відбулася низка позитивних зрушень у цій сфері: одержана доказова база для посилення відповіді на епідемію; зроблена оцінка чисельності групи; ПГР визнані цільовою групою в протидії епідемії ВІЛ-інфекції та наданні послуг, зокрема запропоновані відповідні заходи серед ПГР у проєкті нової Загальнодержавної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр.; змінено законодавство України щодо можливості самостійного тестування на ВІЛ-інфекцію підлітків з 14 років. Також важливим досягненням України стало включення цільового індикатора до нової Загальнодержавної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. щодо зниження на 70% кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед ПГР.

В семи містах (Дніпропетровськ, Донецьк, Київ, Миколаїв, Одеса, Львів та Сімферополь) за сприяння ЮНІСЕФ впроваджені цільові інтервенції для ПГР та моделі надання послуг, завдяки яким на 10% збільшилася частка осіб, які знають, де можна пройти консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію та майже удвічі зросла частка підлітків, які протягом останніх 12 місяців зробили тест на ВІЛ та отримали його результат³⁶.

Проте суттєвими проблемами продовжує залишатися:

- слабка мотивація та поінформованість підлітків щодо можливості отримання послуг, зокрема тестування на ВІЛ-інфекцію;
- недостатня підготовка надавачів послуг для роботи саме з цією групою;
- недосконалість нормативно-правової бази з питань надання послуг підліткам груп ризику, відповідно до їх нагальних потреб³⁷ (законодавча невизначеність ключових термінів «підлітки» та «підлітки груп ризику»; вікових груп підлітків з відповідним обсягом юридичних прав і обов'язків для кожної вікової групи);
- відсутність налагодженої системи переадресації між установами.

³³ Вебсайт ЮНЕЙДС в Україні, 2014

³⁴ Оцінка чисельності дітей молоді вікової групи 10–19 років, що відносяться до груп ризику / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 48 с. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ua/ukr/>

³⁵ Підлітки груп ризику в Україні: виклики та час дій. Адвокаційний документ / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., Версо 04, 2011. – 56 с.

Підлітки, які живуть та працюють на вулиці: актуальні акценти для ефективної профілактики ВІЛ (за результатами повторного соціально-поведінкового дослідження). / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. 2011, – 112 с.

³⁶ Профілактика ВІЛ-інфекції серед підлітків груп ризику: досвід впровадження цільових моделей в Україні / ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2010. – 90 с.

³⁷ Нормативно-правовий огляд щодо профілактики ВІЛ/СНІДу та доступу підлітків, зокрема з груп ризику, до медико-соціальних послуг: [аналіт. звіт] / Стешенко В. М. [таін.]. — К. : Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2013. — 230 с. http://www.unicef.org/ukraine/ukr/1_normativno-pravoviy_oglyad.pdf

Крім цього, нормативно-правові акти не узгоджені між собою щодо віку самостійного отримання медико-соціальних послуг та необхідності згоди батьків. Саме через це – 8 % опитаних дітей та підлітків вказали, що змушені були приховати свій справжній вік під час тестування на ВІЛ-інфекцію³⁸. Проблемним є упереджене ставлення фахівців до тестування підлітків, зокрема тих, які належать до груп ризику. Основна причина цього – недостатня поінформованість щодо правомірності професійних дій з боку медичних працівників та прав підлітків. Зокрема зафіксовано, що 23% респондентів (з числа опитаних медичних працівників) не сказали, що в підлітка є право відмовитись від тестування, 17% опитаних підлітків зазначили, що в них не спитали дозволу на проведення тестування³⁹. З метою вирішення нагальних проблем у цій сфері розпочато роботу щодо підготовки відповідних інструкцій, методичних роз'яснень та ініційовано проведення додаткового навчання надавачів послуг з КіТ неповнолітніх з урахуванням питань дотримання прав підлітків, можливості/неможливості надання послуг з КіТ у присутності батьків/офіційних представників неповнолітньої особи, подальшого призначення АРВ-терапії в разі отримання ВІЛ-позитивного результату.

Моніторинг державних закупівель препаратів з лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу в Україні

Станом на 01.01.2015 р., разом в закладах МОЗ, НАМН та ДПтС України АРТ отримували 66 409 осіб. В закладах МОЗ та НАМН України АРТ отримувало 64 405 пацієнтів - за кошти державного бюджету – 51 754, за кошти ГФ – 12 569, за кошти АНФ (AIDS Healthcare Foundation) - 82 особи.

Лікування осіб, які отримували АРТ в закладах МОЗ та НАМН України, забезпечується за рахунок коштів державного бюджету – 51 754 особам (80,4%), за рахунок ГФ 10-й раунд, в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні» (переважно пацієнти з подвійною ВІЛ/ТБ та потрібною ВІЛ/ТБ/СІН патологією) – 12 569 особам (19,5 %), ще 81 особі (0,13%). – за рахунок коштів Фонду АнтиСНІД США в Україні (АНФ).

Офіційні дані свідчать про наявне недостатнє фінансування програм з надання АРТ, особливо – пов'язане з фінансуванням програм з подолання епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу за рахунок коштів Державного бюджету.

Втім, однією з проблем, що обумовлює неефективне використання бюджетних коштів та сприяє до значних втрат медичних препаратів, є суттєві недоліки процедури централізованих тендерних закупівель. Моніторинг ситуації на фармацевтичному ринку України свідчить про низьку ефективність державної політики у сфері регулювання ціноутворення на лікарські засоби, зокрема антиретровірусних та протитуберкульозних препаратів. Ціни державних закупівель окремих препаратів протягом 2012 року були вищими в 1,5-3 рази за ціни на аналогічні препарати, закуплені пацієнтськими організаціями в Україні. Встановлено, що з 174 млн. грн., витрачених на державні закупівлі ліків в 2012 році, переплачено більше 39 млн. грн.

З метою розширення доступу ВІЛ-позитивних людей до лікування та зниження рівня смертності з 2013 року ВБО «Всеукраїнська мережа людей що живуть з ВІЛ» у співробітництві з ГО «Центр протидії корупції» (далі – ЦПК, англ. - Anti-Corruption ActionCentre, AntAC) в рамках проекту 10 раунду за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією запроваджено громадський аудит державних закупівель у сфері лікування ВІЛ-інфекції і туберкульозу на національному рівні.

Модель передбачає здійснення командою юристів, які спеціалізуються у сфері державних закупівель, фахівцями з адвокації у сфері протидії корупції та PR-фахівцями або журналістами наступної діяльності:

1. Аналіз процесу підготовки державними органами, відповідальними за закупівлю лікарських засобів, до проведення державних закупівель терапії, аналіз планів державних закупівель;
2. Оперативний аналіз документації у процесі здійснення закупівель на предмет їх відповідності нормам законодавства та відсутності корупційної складової (оголошення, номенклатура, тендерні документи у відкритому доступі);

³⁸Комплексне дослідження мотивації та доступності ДКТ на ВІЛ для дітей та молоді: [аналіт. звіт / Балакірева О. М. та ін.] ; ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. — К. : КІС, 2013. — 124 с. http://www.unicef.org/ukraine/ukr/3_ukr_complexne_doslidzheniya_motivacii.pdf

³⁹ Теж саме

3. Моніторинг дотримання замовниками та комітетами конкурсних торгів процедур проведення державних закупівель (процес прийому пропозицій, розкриття тендерних пропозицій, акцептування пропозицій, укладання угод з переможцями);

4. Моніторинг дотримання умов підписаних угод на закупівлю, своєчасності поставок лікарських засобів та термінів придатності, термінів дії реєстраційних документів (відповідні звернення до МОЗ, місцевих департаментів охорони здоров'я, відповідних державних підприємств та установ – у разі необхідності);

5. Аналіз результатів закупівлі та її ефективності з точки зору рівня конкуренції та рівня цін у порівнянні з цінами на медичні препарати, які закуповуються за кошти основних реципієнтів ГФ, та цінами інших міжнародних агенцій;

6. Дослідження структури власності учасників та переможців конкурсних торгів на закупівлю АРВ-препаратів та протитуберкульозної терапії;

7. Оскарження державних закупівель в контролюючих та правоохоронних органах в разі виявлення в них ознаки корупційних дій або порушень;

8. Аналіз прогалин в законодавстві в сфері державних закупівель;

9. Навчання у сфері моніторингу державних закупівель лікарських засобів та виробів медичного призначення для представників спільноти ЛЖВ.

За час реалізації проекту було проаналізовано державні закупівлі антиретровірусних та протитуберкульозних препаратів, які здійснювались Міністерством охорони здоров'я, Національною академією медичних наук, Державною пенітенціарною службою України. В процесі моніторингу, окрім завищення цін державних закупівель, ЦПК ідентифікував також іншу важливу проблему – проведення тендерів при фактично відсутній конкуренції та змові учасників торгів. Попри те, що більшість антиретровірусних та протитуберкульозних препаратів виробляють іноземні компанії, самі виробники та їх офіційні представництва не беруть участі в державних тендерах. Разом з тим, в 2013 році з 6,5 тисяч посередників, які мають в Україні ліцензію на торгівлю медпрепаратами, державні закупівлі АРТ освоїло лише 6 компаній, розділивши між собою ринок у 247 млн. грн. А закупівлі протитуберкульозних препаратів загальною вартістю у 109 млн. грн. розділили між собою 8 компаній.

Експерти ЦПК виділили чотири умовні схеми поведінки компаній у торгах, що застосовуються ними з метою гарантованого забезпечення собі перемоги:

1. Конкуренція між компаніями, що контролюються одним фактичним (бенефіціарним) власником;

2. Попередня змова компаній, які конкурують між собою, завчасно розділяючи перемоги за різними лотами, що інакше називається «картельною» змовою;

3. Спекуляція статусом «виробника» компанією, яка фактично є «посередником»;

4. Внесення завідомо високих цін на ліки в Реєстр оптово-відпускних цін, який замість регулювання вартості закупівель виконує функцію покриття завищених цін на державних тендерах і дозволяє власникам реєстраційних посвідчень на медичні препарати свідомо завищувати ціни.

За фактами виявлених порушень закону або наявності недобросовісних торгів ЦПК у партнерстві з народними депутатами – членами Глобальної організації парламентарів проти корупції (ГОРАС) направляли відповідні звернення до контролюючих та правоохоронних органів: Державної фінансової інспекції України, Антимонопольного комітету України, Міністерства економічного розвитку та торгівлі України, Генеральної прокуратури України. Додатково, надсилались інформаційні запити до фармацевтичних компаній, державних установ, які здійснюють закупівлю ліків, а також до контролюючих органів. В результаті було ініційовано 2 кримінальних провадження, 7 розслідувань і перевірок контролюючими органами закупівель АРВ та протитуберкульозних препаратів.

В лютому 2013 року ЦПК вдалося усунути випадок порушення, коли замовник державних закупівель не опублікував документацію конкурсних торгів, чим обмежував конкуренцію під час тендеру. Ситуацію було виправлено в результаті відкритого звернення (в партнерстві з народними депутатами) до замовника державної закупівлі. Також ЦПК виявив дискримінаційні вимоги в умовах тендерних торгів, а саме оголошення закупівлі АРВ препарату в окремих формах випуску (виключно таблетки або капсули), незважаючи на наявність відповідних лікарських препаратів альтернативних форм випуску. Такі умови обмежували конкуренцію на торгах. За результатами звернень ініційованих ЦПК спільно з народними депутатами вдалося усунути порушення. Ще один виявлений вид обмеження конкуренції – об'єднання закупівлі різних препаратів в один

лот, що унеможливило участь виробників та посередників, які мають можливість постачання не всіх препаратів, оголошених у лоті.

Громадський аудит дозволив значно знизити ціни державних закупівель антиретровірусних препаратів. В 2013 році тільки на закупівлі препаратів Ефавіренц, Тенофовір/Емтрицитабін та Зидовудин/Ламівудин вдалося зекономити близько 1,5 млн. доларів США бюджетних коштів, що в свою чергу надало можливість закупити терапії на рік для більше ніж 3 200 пацієнтам та розширити доступ до АРТ в рамках державної програми.

Посилення взаємодії спільнот для забезпечення сталого впливу на політику у сфері ВІЛ/СНІДу.

Програми у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу найбільш ефективні за умови активного залучення уразливих до ВІЛ спільнот в усі процеси – про що свідчить багаторічний досвід роботи Глобального фонду. Стратегія ГФ на 2012 – 2016 рр. чітко визначає спільноту в ролі ключового партнера.

Для вирішення соціальних та пов'язаних зі здоров'ям проблем, члени спільнот повинні мати стійкі та дієві системи підтримки своєї діяльності, а це, у свою чергу, вимагає певних зусиль з укріплення потенціалу, розвитку людських і фінансових ресурсів, які б дозволили спільнотам бути повноцінними гравцями нарівні з державними системами охорони здоров'я та соціального забезпечення. Але на шляху до створення таких систем постає ряд перешкод: спільноти в Україні демонстрували роз'єднаність, відсутньою була системність у роботі навіть для цілісних та змобілізованих спільнот, не кажучи вже про спільну діяльність представників різних спільнот над вирішенням нагальних проблем та задоволенням однотипних потреб. У відповідь на цей виклик у 2012 році в Україні створено Всеукраїнську Раду Спільнот (далі – Рада), що об'єднала делегованих лідерів від різних уразливих груп (ЧСЧ, ПКС, СІН, ув'язнені та діти вулиць).

Радою було розроблено Стратегію посилення систем уразливих до ВІЛ спільнот в Україні спрямовану на: забезпечення державою 100 % доступності послуг з діагностики, лікування та соціального супроводу (насамперед ЗПТ та АРТ); підвищення доступності засобів профілактики ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів та інших захворювань; забезпечення реалізації прав на сексуальне та репродуктивне здоров'я з урахуванням потреб спільнот та гендерної ідентичності.

Важливо, що і сама розробка і, відповідно, послідовне втілення стратегії у життя за рішенням спільнот відбувалося у тісній взаємодії, координації та співпраці представників різних спільнот між собою. Основна діяльність по виконанню задач стратегії здійснювалася на регіональному рівні. Зокрема, спільноти сфокусувалися на запровадженні механізмів координації для прийняття рішень та підвищенні реального впливу спільнот на формування місцевих політик. У результаті такої діяльності по посиленню систем спільнот значно була налагоджена комунікація між різними уразливими до ВІЛ групами: активістами програм замісної підтримувальної терапії, спільнотою ЛГБТ, колишніми ув'язненими та представниками спільноти ПКС (всього до взаємодії долучено 556 представників уразливих груп).

Спільноти створили систему планування та координації своєї спільної діяльності на базі регіональних рад, розробили плани дій та втілили їх. В результаті – вдалося вирішити ряд нагальних проблем уразливих груп в регіонах, що не знаходили вирішення у попередні роки. Відбулося реальне підвищення рівня фаховості та експертизи представників спільнот у сфері моніторингу та розробки політик. Вперше лідери спільнот підготували та подали обґрунтовані пропозиції для включення у місцеві програми з протидії ВІЛ/СНІДу на 2014 – 2018 роки, що містять розрахунки цільових показників та необхідного фінансування. Розрахунки проведено на підставі глибокого аналізу потреб різних спільнот у послугах з профілактики, лікуванні, догляду та підтримці. До цієї діяльності долучилися 70 лідерів спільнот з 18 областей України. Наразі спільноти є визнаними учасниками процесів формування політик: працюють у складі вже створених систем – місцевих рад з питань ВІЛ-інфекції та ТБ, є членами міжсекторальних робочих груп, до думки та результатів експертизи спільнот дослухається влада.

V. ОСНОВНІ ВИКЛИКИ ТА ЗАХОДИ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Проблема ВІЛ-інфекції понад 25 років залишається актуальною для України, масштаби поширення ВІЛ постають реальною загрозою соціально-економічному розвитку країни. У теперішній час епідемія повинна долатися на рівні стратегічних, політичних та економічних рішень через створення та забезпечення умов для безперервності послуг – від первинного тестування на ВІЛ-інфекцію до надання медичної допомоги та соціальної підтримки у повному обсязі.

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань України у сфері ВІЛ/СНІДу, зокрема, щодо виконання Декларації Цілей розвитку тисячоліття Організації Об'єднаних Націй та Політичної декларації 2011 року Організації Об'єднаних Націй з активізації зусиль для викорінення ВІЛ/СНІДу.

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

Завдяки реалізації комплексу заходів, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ-інфекції, в Україні намітилася позитивна тенденція в розвитку епідемічного процесу. Кожного року показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від захворювань, зумовлених СНІДом, зростали. Проте, в останні роки з'явилися перші ознаки уповільнення епідемічного процесу ВІЛ-інфекції – чітка тенденція до стабілізації та зменшення кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН, зниження частки випадків ВІЛ-інфекції вікової групи 15-24 роки серед вперше зареєстрованих, зниження показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу.

На сьогодні Україна має достатньо людських, фінансових і технічних ресурсів для здійснення ефективних програм профілактики, лікування, догляду та підтримки для подолання епідемії ВІЛ-інфекції. Прикладом успішної реалізації можуть бути програма профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та безпека донорської крові. Україна, на відміну від багатьох країн, має важливий ресурс розвинутого професійного неурядового сектору. Працюють дві фахові організації, Альянс та Мережа, які мають значний досвід управління програм національного масштабу, забезпечують та гарантують якість та ефективність реалізації. Роками вироблена найбільш оптимальна, за ціною та цільовим використанням коштів, схема реалізації програм профілактики в групах ризику та догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих, яка реалізується НУО у тісній взаємодії з закладами охорони здоров'я.

В умовах соціально-економічної кризи, пов'язаної із військовими діями на Сході країни, прогнозується погіршення епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції, що потребуватиме проведення додаткових організаційних заходів та фінансових витрат. Отже, під загрозою невиконання постають зобов'язання, визначені в Цілях Розвитку Тисячоліття і спрямовані на подолання епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Також, на сучасному етапі заходи боротьби з ВІЛ/СНІДом потребують перегляду існуючих стратегій та політик щодо організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, пошуку нових шляхів та інструментів, що можуть бути мобілізовані в секторі охорони здоров'я за рахунок підвищення ефективності використання ресурсів, впровадження нових форм управління і координації.

Наразі, постала нагальна потреба створити нову для країни форму взаємодії всіх ланок системи охорони здоров'я – державного та громадського секторів, що дозволить сформувати сучасні принципи реалізації національних програм з контролю і профілактики ВІЛ-інфекції та інших соціально небезпечних хвороб.

Особливої актуальності набуває проблема скорочення зовнішніх ресурсів: у 2015 році закінчується виконання положень Рамкового партнерства між Урядом України та Урядом США з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу; у 2016 році – реалізація II фази програми 10-го раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією; отже, починаючи з 2017 року, Україна не матиме гарантованих зовнішніх інвестицій.

Сучасна політика ЮНЕЙДС та ГФ говорить про необхідність збільшення ролі держави у протидії соціально-небезпечним хворобам. В рамках Загальнодержавної цільової соціальної програми на 2014-2018 рр., досягнуто компліментарність рішень та дій з в рамках державних програм та програм 9-го та 10-го раундів ГФ. Не менш важливим є забезпечення наступності фінансування надаваних послуг за рахунок державних коштів після зменшення обсягу донорських коштів. Для продовження стабільної відповіді на епідемію потрібно, починаючи з 2017 року, забезпечити державне фінансування щонайменше 50% існуючих програм профілактики в групах ризику та догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих. Додаткове розширення можливе через механізм соціального замовлення з місцевих бюджетів. Проте основна програма повинна реалізовуватись з центрального рівня і фінансуватись державним бюджетом, що гарантуватиме реалізацію національної стратегії та якості відповіді на всіх рівнях.

Важливим залишається посилення впливу державних установ на процес прийняття політичних рішень та розробка відповідних нормативних актів. В основі нової Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки закладено зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу шляхом забезпечення державою сталості системи надання якісних і доступних послуг щодо профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ЛЖВ, у контексті реформи системи охорони здоров'я і соціальної сфери.

Сьогодні в Україні дуже гостро постає проблема погіршення ситуації з ВІЛ/СНІДу через складну гуманітарну ситуацію, бойові дії на Сході країни та збільшення кількості вимушених переселенців з Донецької та Луганської областей, адже ці регіони є одними з найбільш ураженими епідемією. Нові загрози постають, коли не всі хворі можуть отримати доступ до життєво необхідних ліків, серед переселенців може зростати ризик повернення до вживання наркотичних речовин через тяжкий психологічний стан та складні життєві обставини.

З метою надання медичної допомоги переселенцям з АР Крим, Донецької та Луганської областей МОЗ України доручило структурним підрозділам охорони здоров'я обласних, Київської міської державних адміністрацій вжити додаткових заходів щодо покращення системи реагування на надзвичайні ситуації та забезпечення необхідного та постійного життєзабезпечення закладів охорони здоров'я (лист МОЗ України від 04.04.2014 р. №3.05-10/461/8219-01). Всі особи, які переїхали зі Східного регіону держави або АР Крим і потребують медичної допомоги, можуть безоплатно отримати первинну медичну допомогу, послуги в спеціалізованих та високоспеціалізованих закладах охорони здоров'я, пологових будинках незалежно від реєстрації та місця проживання за наявності довідки, що особа дійсно є внутрішньо переміщеною особою. Надання медичної допомоги для ЛЖВ Східного регіону або АР Крим в цілому по Україні здійснюється в штатному режимі.

За статистичними даними УЦКС спостерігається зменшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції в 2014 р. у порівнянні з 2013 р., у Донецькій області на 17% (з 3 640 до 3 043 осіб), у Луганській області – на 43% (з 910 до 518 осіб), що пов'язано, насамперед, не з поліпшенням епідемічної ситуації, а з політичною та економічною кризою в умовах воєнних дій, що ускладнює доступ населення цих територій до послуг з КіТ на ВІЛ-інфекцію та скорочує кількість звернень до медичних закладів. Так, кількість тестувань на ВІЛ-інфекцію у 2014 р., у порівнянні з попереднім роком, зменшилась на 24% у Донецькій області та на 33% у Луганській. Активна диспансерна група у Донецькій області залишилась без змін (75,0%), проте у Луганській – мала негативну тенденцію, 77,0% у 2014 р. проти 82,3% у 2013 р.

В умовах бойових дій на Сході країни очікуваним стало збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які були зняті з обліку ЗОЗ служби СНІДу за причиною «зміна місця проживання» протягом 2014 р. у порівнянні з 2013 р. – у Донецькій області на 149% (з 194 до 486 осіб), у Луганській – на 54% (з 232 до 358 осіб).

Слід підкреслити, що статистика обліку (взяття, зняття, перебування) осіб з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції базується тільки на персоніфікованих даних хворого. Облік осіб, які перебували під медичним наглядом у ЗОЗ служби СНІДу Донецької і Луганської областей та звернулися за медичною допомогою в інші регіони України, повинен здійснюватися відповідно до чинного законодавства⁴⁰ – у разі зміни проживання ВІЛ-інфікованої особи в межах України, лікар центру СНІДу, де пацієнт перебував під медичним наглядом, повинен надіслати копію первинної облікової документації до центру СНІДу, за новим місцем проживання ВІЛ-інфікованої особи.

Проте, в умовах складної політичної ситуації порушена взаємодія між ЗОЗ служби СНІДу, розташованими на Сході України, особливо на непідконтрольних Уряду України територіях, та ЗОЗ служби СНІДу інших регіонів. Також, частина ВІЛ-інфікованих мешканців Донецької та Луганської областей переміщуються в інші регіони, не інформують про зміну свого місця проживання та по факту залишаються на обліку у своєму регіоні, при цьому можуть звертатися за медичною допомогою у декілька ЗОЗ різних регіонів з метою отримання АРВ-препаратів, проведення профілактики і лікування ОІ, клініко-лабораторного обстеження тощо. У таких випадках дуже складно вести облік ЛЖВ – мешканців Донецької та Луганської областей, які мігрують по регіонах України. Так, за статичними даними, у 2014 р. було знято з обліку за причиною «зміна місця проживання» у Донецькій області 486 ВІЛ-інфікованих осіб, у Луганській області – 358 осіб. За даними РЦ СНІД інших регіонів взято на облік тільки 216 ЛЖВ з Донецької області та 94 ЛЖВ з Луганської області.

Відповідно до наказу МОЗ України від 18.02.2015 № 75 "Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру» керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій доручено здійснити низку відповідних заходів, у т.ч. затвердити регламенти забезпечення ЗОЗ необхідними групами лікарських засобів та виробів медичного призначення в умовах особливого періоду.

Сьогодні в Україні вже формується дефіцит лікарських засобів та виробів медичного призначення в умовах гуманітарної кризи та бойових дій на Сході країни, який може залишити без ліків тисячі ВІЛ-інфікованих українців, що буде критичним для їх стану і може призвести до смерті через відсутність лікування. Критичною є ситуація із забезпеченням тест-систем для обстеження на ВІЛ-інфекцію різного контингенту населення та проведення лабораторного моніторингу стану здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб.

Так, швидкі тести, тест-системи для ІФА для обстеження на ВІЛ-інфекцію вагітних жінок закінчилися у всіх регіонах України наприкінці 2014 р. та закуповуються за кошти місцевого бюджету або отримуються в рамках гуманітарної допомоги. Тест-системи для обстеження донорів, закуплені за рахунок Державного бюджету, також закінчилися в усіх областях України та закуповуються за кошти місцевого бюджету. Тест-систем для досліджень з визначення рівня вірусного навантаження ВІЛ-1 вистачить тільки до середини 2015 р. Тест-системи для визначення підтверджуючих досліджень на ВІЛ-інфекцію та кількості CD4 лімфоцитів, закуплені за кошти Державного бюджету, також на сьогодні закінчуються у більшій частині регіонів України.

Проблема забезпеченості вирішується за рахунок тест-систем, закуплених за кошти Глобального фонду. За ініціативою представників державних структур, неурядових та міжнародних організацій, спрямованої на вирішення найбільш нагальних проблем із забезпеченням безперервності лікування ТБ/ВІЛ/ЗПТ та недопущення подальшої гуманітарної кризи на територіях в зоні АТО було здійснено замовлення на закупівлю необхідних препаратів для ЛЖВ через Механізм термінової закупівлі Глобального фонду. У зв'язку з припиненням із січня 2015 р. діяльності Держслужби соцзахворювань України актуальними залишаються питання щодо подальшого виконання функцій, що впливають на здійснення поставок лікарських засобів, а саме: подання до МОЗ України звернення для отримання дозволів на ввезення незареєстрованих лікарських

⁴⁰ наказ МОЗ України від 05.03.2013 року №180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», зареєстрований Міністерством юстиції України від 27.03.2013 № 497/23029»; наказ МОЗ України № 585 від 10.07.2013 р. «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 25 липня 2013 року за № 1254/23786

засобів, а також видача довідок про звільнення від оподаткування лікарських засобів, виробів медичного призначення в рамках реалізації грантів Глобального фонду.

Стан справ у тюрмах вимагає особливої уваги, оскільки епідемія у тюрмах поширюється в першу чергу за рахунок споживачів ін'єкційних наркотиків. Крім того, на темпи поширення ВІЛ впливає і роль мереж РКС, яка дедалі зростає. ЧСЧ залишаються найбільш уразливою групою, саме серед них епідемія буде поширюватися найшвидше. Загалом, наразі зростає усвідомлення ризиків, які несуть статеві партнери осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ГПР). Увага до ризикованої поведінки молоді теж є недостатньою.

Важливими елементами успіху є наявність політичної волі, забезпечення застосування законів України, що захищають права людини, насамперед представників груп ризику та людей, які живуть з ВІЛ. Проте, однією з основних перешкод, що не дозволяє надати належну відповідь на епідемію є брак політичної волі щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Це стосується і національного рівня, і місцевих органів влади. Політичні зобов'язання уряду щодо ВІЛ/СНІДу залишаються багато в чому декларативними. Відсутність політичної волі спостерігається не тільки у сфері ВІЛ/СНІДу, а і, в цілому, у сфері охорони здоров'я.

Зберігається високий рівень стигматизації та дискримінаційного ставлення у зв'язку з ВІЛ/СНІДом з боку постачальників медичних послуг та суспільства, що створює суттєві перешкоди доступу до послуг з профілактики та лікування. Система захисту прав людини є слабкою, заходи зі зменшення стигматизації та реагування на порушення прав людини та принципів гендерної рівності є недостатніми. Більшість персоналу освітніх та медичних установ демонструють стигматизацію та дискримінацію у ставленні до осіб з ГНР та ЛЖВ.

Не забезпечується належний рівень якості послуг. Якість медичних послуг, що надаються в установах пенітенціарної системи, не відповідає загальному рівню. На районному рівні заходи з профілактики проводяться дуже обмежено, тестування та консультування або взагалі не проводиться, або здійснюється на низькому рівні, доступ до АРТ та спостереження теж є обмеженим, не лікуються гепатит та ІПСШ, немає послуг щодо зменшення шкоди (зокрема ЗПТ) для СІН та інших споживачів наркотиків.

Послуги з догляду та підтримки, які на сьогодні надаються, не відповідають потребам. А саме, наявні послуги для молоді не враховують потреби підлітків з груп ризику. Інформаційні заходи для осіб з ГПР та заходи з догляду та підтримки для ЛЖВ, що здійснюються на рівні громад, мають низьке охоплення та інтенсивність. Наразі вдається переконати дуже мало СІН звернутися за АРТ та отримувати підтримку під час АРТ. Стратегія інформаційної роботи для РКС, яка впроваджується, не передбачає розширення масштабів та інтенсивності заходів. Стандартний підхід, що використовується, не дозволяє врахувати всю складність проблем, з якими зіштовхуються різні групи ЧСЧ. ЛЖВ мають обмежений доступ до паліативного догляду, заходів з полегшення болю та хоспісного догляду, а у сільській місцевості – до конфіденційних послуг. Стратегія надання підтримки та догляду не дозволяє задовольнити потреби клієнтів, яких важко охопити. Послуги є слабо інтегрованими та не є направленими на потреби клієнтів. Наразі послуги надаються великою кількістю служб, відокремлених одна від одної, і це знижує їхню ефективність, якість та вплив.

АРТ є ключовим елементом лікування та вторинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Своєчасне забезпечення АРТ допомагає врятувати життя людей, які живуть з ВІЛ, запобігає розвитку опортуністичних інфекцій, в тому числі туберкульозу, та значно зменшує ризик подальшої передачі ВІЛ шляхом зниження вірусного навантаження до рівня, який не визначається.

Незважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ, темпи розширення АРТ відстають від темпів приросту кількості осіб, які його потребують, а отже, є недостатніми для того, щоб зупинити епідемію, зокрема, суттєво вплинути на рівень захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу.

Україна наразі знаходиться у стані виклику одразу декільком епідеміям – ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії. Високі рівні поширеності цих захворювань відмічаються у ключових групах ризику. Необхідність протидії соціально-небезпечним хворобам та одночасне функціонування профільних лікувальних закладів ставить перед урядом завдання необхідності розширення доступу до лікування за умови децентралізації та інтеграції надаваних послуг. Оскільки Україна дуже тісно співпрацює з Європейським регіональним бюро ВООЗ, в якості основи для розробки стратегії охорони громадського здоров'я була обрана стратегія “Здоров'я-2020” та відповідна національна стратегія «Здоров'я-2020: український вимір». Її мета – значно поліпшити

здоров'я і підвищити рівень благополуччя населення та забезпечити наявність систем охорони здоров'я, орієнтованих на потреби людей. Це комплексна і послідовна концептуальна основа охорони здоров'я, яка не лише становитиме науковий інтерес, але й стосуватиметься практичного стану її впровадження та державної підтримки в умовах реформування галузі.

Заступник Генерального секретаря ООН, Виконавчий директор ЮНЕЙДС Мішель Сідібе дав високу оцінку досягненням України під час свого дводенного офіційного візиту до України у жовтні 2013 року, підкреслив, що *«Україна є першою країною в Європі, яка здійснює суворий контроль за епідемічною ситуацією і має чітку стратегію розширення доступу до лікування. Сьогодні ми є свідками істотного зниження рівня захворюваності на СНІД, адже постійно збільшується кількість пацієнтів, які отримують необхідне лікування. Тому є всі підстави до 2015 року оголосити Україну державою, в якій народжуються неінфіковані діти. Нова Національна програма протидії ВІЛ/СНІДу на 2014-2018 роки дасть можливість максимально ефективно задіяти ресурси керівництва країни, і Україна зможе послужити успішним прикладом у мобілізації національних ресурсів у сфері ВІЛ/СНІДу для інших країн Східної Європи та Співдружності Незалежних Держав»*.

VI. СИСТЕМА МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ

Огляд наявної системи моніторингу і оцінки

ЮНЕЙДС уперше представила Триєдині принципи на Міжнародній конференції з питань СНІДу та ІПСШ в Африці у 2003 р., а вже 25 квітня 2004 р. у Вашингтоні (США) вони дістали підтримку основних двосторонніх донорів та ко-спонсорів ЮНЕЙДС, інших ключових міжнародних організацій та національних урядів задля зміцнення зусиль міжнародних партнерів з координації відповіді на епідемію ВІЛ на національному рівні.

Міжнародні організації та національні уряди визнали, що Триєдині принципи щодо узгоджених заходів у рамках відповіді на СНІД на національному рівні є основоположними у забезпеченні ефективної координації національних відповідей на ВІЛ та СНІД. Суть Триєдиного принципу є такою:

Єдина узгоджена система заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД, яка є основою для координації роботи усіх партнерів;

Єдиний національний орган, відповідальний за координацію заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД, з широкими повноваженнями у багатьох секторах;

Єдина узгоджена Система моніторингу і оцінювання реалізації заходів у рамках відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД на загальнодержавному рівні.

Мета Триєдиного принципу полягає у тому, щоб мобілізувати національне лідерство, участь і відповідальність, забезпечити на національному рівні всебічну та прозору координацію заходів та досягнути найбільш ефективного і дієвого використання ресурсів, пов'язаних із відповіддю на ВІЛ та СНІД (зокрема усунути дублювання та фрагментарність у їх використанні), через прискорення процесу координації на національному рівні задля досягнення вимірюваних результатів.

Україна досягла значного прогресу в демонстрації окремих ознак становлення та розвитку єдиної системи моніторингу та оцінки. У 2012–2014 роках в сфері моніторингу і оцінки (МіО) відбулись певні позитивні зрушення. Зокрема, було затверджено Наказ МОЗ України від 9 лютого 2012 року № 97 «Про затвердження Національного плану моніторингу та оцінки виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки». В рамках реалізації Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки наказом Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань № 2 від 15 січня 2015 р. затверджено План моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

З метою сприяння розвитку єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності відповіді на епідемію в країні постійно здійснюються заходи з вдосконалення системи епідеміологічного нагляду, зокрема розробка оновленого плану національної системи моніторингу та оцінки з питань ТБ/ВІЛ, системи національних індикаторів, запровадження регулярного структурованого біологічного і поведінкового нагляду в рамках виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2014–2018 роки. Крім того, підтримуються соціальні дослідження, необхідні для розуміння епідеміологічних тенденцій.

Одним з найбільш розвинених компонентів ЄС МіО продовжує залишатися система рутинного епідеміологічного нагляду яка фінансується майже повністю за рахунок державного бюджету і використовує новітні міжнародні підходи та рекомендації.

Іншим усталеним джерелом даних МіО є програмний моніторинг діяльності НУО, які впроваджують проекти, зокрема, в рамках виконання грантових програм Глобального фонду за фінансової підтримки ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», а також біоповедінкові, епідеміологічні, економічні та інші дослідження й оцінки. Ці елементи системи МіО відзначаються застосуванням сучасних методологічних підходів та інструментів, характеризуються високою якістю даних (за

результатами зовнішніх аудитів якості та верифікації даних представниками Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією) Ця діяльність фінансується переважно за рахунок міжнародних джерел, тому – її стійкість та подальший розвиток є знаходиться під загрозою з огляду на можливість скорочення такого фінансування.

На сьогодні – єдина національна система МіО представляє собою розгалужену мережу національних та регіональних установ та організацій державного і громадського секторів. Втім, незважаючи на наявні проблеми, впродовж 2012 – 2014 роках в сфері МіО відбулись позитивні зрушення. Основними досягненнями за цей період можна назвати:

Затвердження регіональних планів моніторингу та оцінки виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки у 27-ми регіонах країни. Забезпечення щорічної звітності за показниками регіональних планів моніторингу та оцінки виконання Загальнодержавної програми;

Затвердження відповідних положень та регіональних планів заходів щодо проведення моніторингу та оцінки виконання планів моніторингу та оцінки виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

Розвиток та становлення регіональної системи моніторингу та оцінки в Україні, що являється невід’ємною складовою ЄС МіО, протягом 2011-2014 років відбувались в рамках виконання завдань Загальнодержавної програми за фінансової підтримки Державного бюджету України та програми Глобального фонду 6 та 10 раундів. На сьогодні, єдина національна система МіО представляє собою розгалужену мережу як національних, так і регіональних установ - регіональних центрів моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, що функціонують в складі регіональних Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Станом на 01 січня 2015 року у складі 26 регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом створені та діють 26 РЦ МіО як окремі структурні підрозділи. Загальна кількість штатних одиниць складає 72. Із загальної кількості штатних одиниць – станом на 01.01.2015 р. зайнято 82,3 % (59,25). У 2014 році, одним із досягнень в питанні кадрового стану Центрів МіО, було те, що вперше в Україні у складі міського регіонального Центру профілактики та боротьби зі СНІДом - ОКЗ «Криворізький центр профілактики та боротьби зі СНІДом» - був створений відділ МіО, як окремий структурний підрозділ із загальною кількістю три штатні одиниць.

З метою посилення взаємодії НУО та лікувальних установ, а також посилення контролю за виявленням ВІЛ-інфекції серед груп найбільшого ризику до ВІЛ та взяття ВІЛ-позитивних осіб під медичний нагляд у заклади охорони здоров’я, на регіональному рівні було укладено угоду між громадськими організаціями, центрами соціальної служби сім’ї, дітей та молоді та закладами охорони здоров’я, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами про співробітництво та координацію з надання послуг до- та післятестового консультування на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів для представників уразливих груп населення, а також розроблено алгоритм переадресації та обліку клієнтів з позитивним результатом швидкого тесту на ВІЛ-інфекцію даними організаціями. В рамках даних угод всі партнери зобов’язуються проводити обмін програмними даними на регулярній основі. Це послужило першим етапом консолідації у напрямку єдиної системи моніторингу і оцінки ефективності заходів;

Проведення з липня по грудень 2012 р. групою у складі 15 незалежних національних та міжнародних експертів комплексної оцінки Загальнодержавної програми з метою визначення її досягнень, сильних сторін, недоліків та викликів. Для проведення оцінки було використано розроблену Організацією Об’єднаних Націй Методологію прискореного досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття (МПЦ). Отримані результати лягли в основу розробки Концепції нової Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 - 2018 роки;

Проведення в 2013 р. оцінки єдиної національної системи МіО за 4 сферами стратегічної інформації: рутинний епідеміологічний моніторинг, епідеміологічні дослідження, програмний моніторинг, оцінка та дослідження (за фінансування Центрів з профілактики та контролю захворюваності (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв’язку зі СНІДом (PEPFAR). Метою оцінки

було виявлення ключових прогалин у стратегічній інформації у сфері МіО та потреб фахівців з питань МіО та осіб, які приймають рішення, у поліпшенні знань та навичок щодо її збору та використання для прийняття управлінських рішень. Результати оцінки було використано в розробці робочих планів із навчання та досліджень в сфері МіО;

Систематичне проведення навчальних заходів для фахівців у сфері МіО як на національному так і регіональному рівні;

Проведення в 2013 році П'ятої національно науково-практичної конференції «Розвиток єдиної системи моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні: ефективність управлінських рішень та посилення міжсекторальної співпраці». Конференція пройшла під егідою Міністерства охорони здоров'я України та була зареєстрована у Реєстрі з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій установами МОЗ України та АМН України Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України. У Конференції взяли участь понад 130 фахівців, серед яких представники українського офісу Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), Бюро ВООЗ в Україні, проекту USAID RESPOND, UNODC, Світового Банку, тощо. За підсумками Конференції учасники визначили пріоритетні напрями щодо розвитку єдиної системи моніторингу та оцінки в Україні як інструменту результативного управління і контролю за епідемією ВІЛ-інфекції в Україні;

Початок розробки медичної інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні». У 2013 р. в рамках проекту «Доступ спільнот до послуг з догляду та лікування ВІЛ через зміцнення систем охорони здоров'я» (ACCESS) за підтримки Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC) було розроблено та затверджено наказом Держслужби соцзахворювань концепцію інформаційної системи «ВІЛ-інфекція в Україні». Окрім цього, були розроблені концепції п'яти модулів інформаційної системи, проведені зустрічі експертів, за результатами яких було складено перелік полів даних, які будуть вноситись до інформаційної системи;

З метою попередження та контролю за медикаментозною стійкістю ВІЛ, що набувають особливого значення в умовах розширення масштабів лікування, в рамках проекту ACCESS було розроблено та затверджено наказом Держслужби соцзахворювань Національну стратегію моніторингу формування резистентності ВІЛ до АРВ-препаратів в Україні. За основу національної стратегії щодо моніторингу формування резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів в Україні взято рекомендації ВООЗ 2010 та 2012 рр. Стратегія окреслює основні напрями державної політики в сфері моніторингу резистентності ВІЛ;

Одними з ключових партнерів держави у розвитку ЄС МіО на національному рівні залишаються представники громадського сектору, благодійні організації, міжнародні фонди тощо. Так, представники ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» як основні реципієнти проекту «Побудова життєздатної системи комплексних послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, догляду та підтримки для уразливих груп та ЛЖВ» за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, 10 Раунд, докладають значних зусиль для підтримки та розвитку систем МіО громадського сектору, забезпечують проведення важливих поведінкових та біо-поведінкових досліджень, володіють високим рівнем експертизи на національному рівні тощо;

ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» використовують в своїй роботі сучасні інструменти збору, накопичення та обробки інформації, що дозволяє підтримувати високу якість даних та здійснювати глибокий аналіз результатів програмної діяльності регіональних партнерів, які впроваджують проекти на всій території України.

З метою методологічної підтримки впровадження системи якості даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на національному та регіональному рівнях, у відповідності до Наказу УЦКС від 11.02.2014 р. № 8 «Про впровадження діяльності із забезпечення якості даних в системі моніторингу та оцінки заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу», створено Комісію із забезпечення якості даних в системі моніторингу та оцінки заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. В рамках діяльності Комісії, шляхом використання інструменту оцінки якості даних, регіональному рівні проведено пілот з оцінки якості даних та верифікації за трьома показниками Національного плану МіО. Заплановано подальше проведення оцінки якості даних із залученням регіональних спеціалістів МіО.

За участі ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та Державної пенітенціарної служби України розроблені та затверджені для використання в органах та установах, що належать до сфери управління Державної пенітенціарної служби України методичні рекомендації з метою впровадження системи моніторингу і оцінки в установах виконання покарань та слідчих ізоляторах. Окрім того, проведено тематичне навчання фахівців ДПтС України з питань впровадження системи моніторингу та оцінки в установах ДПтС України.

У відповідності до Наказу МОЗ України №326 від 15.05.2014 р. «Про відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз у протитуберкульозних закладах» у 2014 році в Україні розпочався процес розбудови регіональної системи МіО у сфері туберкульозу.

Проблеми у впровадженні повноцінної системи МіО

Загалом розвиток ЄС МіО визначається окремими ініціативами та успіхами на національному та регіональному рівнях, але комплексного підходу та розуміння суті й змісту МіО як інструменту державного управління все ще бракує.

Однією з рекомендацій Комплексної зовнішньої оцінки національних заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції, проведеної у 2012 році, було наступне:

«Успіхи у розбудові національних і регіональних МіО вражають. Наразі, система МіО існує головним чином за рахунок грантів зовнішніх донорів, якщо ж ця фінансова підтримка зникне, функціонування системи МіО може похитнутися. Тривкість досягнень, змальованих вище, - це головна турбота національних зацікавлених сторін. Ще одну проблему для МіО становить порядок державного планування, котрий визнає лише дані, отримані з офіційних статистичних джерел. Цей нюанс є характерним не лише для системи МіО у сфері ВІЛ, а й взагалі для культури керування в країні в цілому⁴¹. Саме через це приблизні дані про кількість уразливих груп, кількість ВІЛ-позитивних осіб, котрі потребують АРТ, або ж необхідну кількість лабораторних тест-систем не враховуються у національному плануванні та підготовці бюджету, що обмежує використання комплексних даних, генерованих національними МіО, та зменшує національну політичну підтримку цієї доволі функціональної системи. Допоки не виникне відповідна національна потреба в інформації та поки не буде забезпечене державне фінансування для вкрай важливих заходів МіО, наявність інформації для моніторингу і планування національної відповіді може зазнати негативного впливу за відсутності підтримки донорів».

Окрім цього – невиконаним залишається і рекомендація Комплексної зовнішньої оцінки національних заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції, проведеної у 2008 році щодо створення національного центру МіО як надзвичайно важливого компоненту для майбутнього прогресу у створенні ЄС МіО. В кінці 2009 року почав функціонувати Український центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД (УЦ МіО), створений як структурний підрозділ ДУ «Український центр контролю за соціально-хворобами МОЗ України». На цю структуру покладені обов'язки з організаційно-методичного забезпечення та координації процесів збору, аналізу та представлення даних МіО. Однак УЦ МіО не є самостійною організаційною одиницею і не може координувати заходи з розбудови ЄС МіО, оскільки не має відповідних повноважень, необхідних для спрямування окремих інформаційних потоків у єдину систему МіО. Таким чином, актуальним залишається питання забезпечення координації усіх національних зусиль у сфері МіО відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в країні.

Таким чином, основними проблемами на шляху повноцінного впровадження ЄС МіО та використання її потенціалу є:

відсутність внутрішньодержавного запиту на постачання інформації для використання її в управлінні з метою покращення політик і програм, забезпечення ефективності використання фінансових ресурсів, досягнення декларованих цілей щодо відданості справі боротьби з епідемією.

відсутність ефективної координації зусиль всіх партнерів (національних, міжнародних, державних, громадських тощо) в царині МіО на національному та регіональному рівнях.

⁴¹ Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІДу: звітний період: січень 2010р. – грудень 2011р. Київ, 2012р. <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries> (останнє звернення 4 липня, 2012р.)

Решта перешкод для розвитку ЄС МіО є лише наслідками зазначених вище ключових проблем:

- наявність де-юре єдиної координаційної структури з питань МіО та її неспроможність де-факто виконувати координаційну функцію;
- практично повна відсутність державного фінансування заходів з МіО як на національному, так і на регіональному рівнях;
- недостатність нормативно-правових актів, що регулюють діяльність з МіО;
- відсутність стратегії управління знаннями, ускладнений доступ до накопичених даних;
- недостатній рівень розвитку інфраструктури та брак сучасних інструментів, які використовуються для накопичення та аналізу великих обсягів даних (епідеміологічних, лікування тощо) в державному секторі протидії епідемії на національному та регіональному рівні. Відсутність відповідного фінансування та стратегії залучення представників IT-бізнесу до розвитку такої інфраструктури;
- неможливість забезпечити стаке фінансування;
- все ще спостерігається фактична відокремленість системи МіО Державної пенітенціарної служби України від системи МіО, яка функціонує в ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України».

Заплановані заходи для подолання проблем

Актуальність перегляду стратегій та політик щодо організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні обумовлена не тільки поступовим зменшенням зовнішнього фінансування, але і появою в світі нових доказових комплексних підходів та рекомендацій для громадської охорони здоров'я, особливо в умовах обмежених ресурсів, спрямованих на розширення використання АРВ-препаратів для лікування та профілактики ВІЛ, поступове виконання яких в повному обсязі можуть попередити появу нових випадків смертей від хвороб, зумовлених СНІДом, та нових випадків ВІЛ-інфекції.

В умовах обмежених ресурсів та потреб, що зростають, як ніколи очевидно стає необхідність правильно визначати пріоритети та спрямовувати ресурси на ті заходи, які потенційно призведуть до найбільшого впливу на епідемічний процес. В свою чергу, перехід до фінансування програм по боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІДу за державний кошт потенційно збільшить попит на державному рівні на якісні дані та аналітичну інформацію. Як наслідок, може відбутись світоглядний прорив, і запит на якісні дані для забезпечення управління, орієнтованого на результат, буде чітко озвучений на державному рівні.

За таких умов можливим буде подальший розвиток ЄС МіО, зокрема:

- узгодження дій всіх партнерів у сфері МіО на основі консолідованого національного плану МіО, що відповідає реальним інформаційним потребам країни, а також враховує зовнішні зобов'язання країни щодо міжнародної звітності;
 - перегляд повноважень та відповідальності національного центру МіО, нормативно-правове закріплення його статусу, а також відповідні кроки щодо центрів МіО на субнаціональному рівні;
 - розробка та впровадження керівних документів у сфері МіО відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, серед яких: політика управління знаннями, національний порядок денний досліджень у сфері ВІЛ, методологічні посібники та протоколи досліджень і оцінок, перегляд існуючих та визначення пріоритетних показників тощо;
- посилення кадрового потенціалу спеціалістів з МіО щодо збору, аналізу та використання даних для прийняття стратегічних рішень з формування ефективної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні. Розбудова потенціалу спеціалістів з МіО щодо забезпечення та аналізу якості даних на усіх рівнях.
- розробка стратегії розвитку єдиної системи моніторингу і оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширення епідемії ВІЛ-інфекції, у рамках Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»
- розробка та державна підтримка сертифікованого навчального курсу з питань МіО, орієнтованого на забезпечення безперервної підготовки спеціалістів з моніторингу та оцінки на національному та регіональному рівнях;
 - розроблення та запровадження в практичну діяльність сучасних інструментів та баз даних для накопичення, обробки та аналізу великих обсягів даних, підтримка та розвиток відповідної інфраструктури, профільного навчання фахівців національного та регіонального рівнів.

Потреби в технічній допомозі й розвитку спроможності з МіО

Серед потреб наявної системи МіО в технічній допомозі варто виокремити такі основні напрями з розроблення:

- стратегії розвитку системи МіО програм лікування (АРТ, ЗПТ, ОІ, ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ВГ тощо);
- стратегічних документів, зокрема: політики з МіО та політики щодо управління знаннями;
- вичерпного картування наявних інформаційних потоків у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та проведення аналізу системи інформаційного обміну з метою виявлення дублювань чи прогалин у цій системі;
- концепції зовнішньої інформаційної політики ДУ «Український центр контролю за соціально-небезпечними захворюваннями МОЗ України», зокрема концепції та технічного завдання для створення та забезпечення функціонування національного інформаційного порталу з питань епідемії ВІЛ-інфекції та заходів у відповідь;
- вичерпного багатомодульного навчального курсу з МіО та допомога у його впровадженні.

Серед основних коротко- та довготермінових заходів із розвитку спроможності ЄС МіО можна виокремити наступне:

1. Розробити стратегію розвитку єдиної системи моніторингу і оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, у рамках Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки»;
2. Забезпечити використання даних моніторингу та оцінки як невід’ємної складової процесу розробки, впровадження та розвитку відомчих, регіональних та місцевих програм протидії епідемії ВІЛ-інфекції;
3. Розробити механізми, керівництва та інструменти верифікації отримуваних даних (в рамках рутинного збору, спеціальних досліджень та ін.) з метою забезпечення контролю якості даних. Забезпечити проведення оцінки якості даних на всіх рівнях;
4. Забезпечити впровадження та сталість взаємодії усіх ключових партнерів єдиної системи моніторингу і оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції у частині збору, обміну, узагальнення та розповсюдження даних на усіх рівнях;
5. Використовувати для подальшого розвитку системи моніторингу та оцінки кращі міжнародні та національні практики та підходи із урахуванням регіональних потреб та специфіки розвитку субепідемій в Україні.
6. Сформулювати національний план досліджень та забезпечити чіткий механізм координації проведення досліджень у сфері протидії соціально-небезпечних хвороб;
7. Розробити стандартні підходи для оцінки ефективності профілактичних втручань з метою адекватного розподілу фінансових та технічних ресурсів, в т.ч. із джерел гранту ГФ.
8. Удосконалити систему моніторингу та оцінки медичних програм відповідно до міжнародних рекомендацій та національних потреб;
9. Запровадити окремий напрямок МіО ефективності лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на своєчасне лікування та запобігання виникненню опортуністичних інфекцій (ОІ), шляхом перегляду та внесення змін до медичних статистичних форм щодо обліку випадків ОІ для визначення показників захворюваності і поширеності ОІ серед ЛЖВ, а також ролі окремих нозологічних одиниць у інвалідизації та смертності ЛЖВ, тощо.

