

**ГАРМОНІЗОВАНИЙ ЗВІТ УКРАЇНИ ПРО ДОСЯГНУТИЙ ПРОГРЕС У ЗДІЙСНЕННІ
НАЦІОНАЛЬНИХ ЗАХОДІВ У ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ СНІД**

Звітний період: січень 2010 р. – грудень 2011 р.

ПОДЯКИ

Цей звіт затверджений рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД 29 березня 2012 року.

Звіт підготовлений робочою групою у такому складі (подається у алфавітному порядку):

- Бобровський Олександр Євгенович, асистент Центру МІО ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»;
- Бочкова Лариса Василівна, лікар-епідеміолог ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»;
- Варецька Ольга В'ячеславівна, асоційований директор зі стратегічної інформації, моніторингу та оцінки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Гайович Ярослава Володимирівна, завідувачка відділу ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»;
- Єщенко Олена Григорівна, заступник голови Держслужби соцзахворювань України;
- Жигінас Олександр Станіславович, в.о. завідувача Центру МІО ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»;
- Зеленська Марина Володимирівна, начальник управління протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Держслужби соцзахворювань України;
- Зелінський Ярослав Юрійович, керівник відділу МІО ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»;
- Кобища Юрій Віталійович, медичний спеціаліст/епідеміолог програми з ВІЛ/СНІД, Бюро ВООЗ в Україні;
- Круглов Юрій Валентинович, лікар-епідеміолог ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України», науковий співробітник ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»;
- Кузін Ігор Володимирович, фахівець з МІО медичних програм ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»;
- Марциновська Віолетта Анатоліївна, лікар-епідеміолог ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України», науковий співробітник ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»;
- Нечосіна Олена Вікторівна, консультант;
- Ніколко Марина Вікторівна, консультант;
- Нізова Наталія Миколаївна, директор ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»;
- Пиголенко Ігор Вікторович, фахівець з розвитку національної системи МІО та досліджень ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України», доцент Національного технічного університету України «КПІ»;
- Салюк Тетяна Олександрівна, менеджер з досліджень та оцінки, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Сосідко Тетяна Іванівна, старший фахівець з підтримки моніторингу спроможності виконавчих партнерів відділу МІО ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»;
- Шарапка Катерина Олександрівна, економіст у сфері охорони здоров'я, ЮНЕЙДС;
- Шваб Інна Анатоліївна, старший спеціаліст з досліджень відділу МІО, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Шидер Євгеній Григорович, фахівець з розвитку баз даних ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»;
- Щербінська Алла Михайлівна, заступник директора ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України».

Робоча група з підготовки звіту глибоко вдячна:

- спеціалістам Київського міжнародного інституту соціології, Українського інституту соціальних досліджень імені О.Яременка, Аналітичного центру «Соціоконсалтинг», Центру соціальних експертиз Інституту соціології НАН України;
- співробітникам Держслужби соцзахворювань України;
- представникам центральних органів виконавчої влади, відповідальним за підготовку та схвалення наведених у звіті даних, зокрема спеціалістам Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України та Державної пенітенціарної служби України.

Зокрема робоча група хотіла би відзначити значний професіоналізм та відданість справі відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД колег, без підтримки та суттєвого внеску яких цей звіт не був би можливим (подається у алфавітному порядку), а саме:

- Балакіревої Ольги Миколаївни, Голови правління Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка;
- Бондар Тетяни Василівни, заступника директора Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка;
- Безименної Світлани Миколаївни, програмного асистента відділу МІО, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Грушецького Антона Миколайовича, наукового співробітника Київського міжнародного інституту соціології;
- Демченко Ірини Леонідівни, директора Аналітичного центру «Соціоконсалтинг»;

- Жовтяка Володимира Олеговича, Голови Координаційної ради Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»;
- Ільницького Олексія Борисовича, радника з питань моніторингу та оцінки ЮНЕЙДС в Україні;
- Кислих Олени Миколаївни, наукового співробітника ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»;
- Клепікова Андрія Олександровича, Виконавчого директора МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Курпіти Володимира Івановича, виконавчого директора Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська Мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»;
- Мішина Андрія Олександровича, директора ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики»;
- Нгуен Ірини Володимирівни, наукового співробітника ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»;
- Салабай Наталії Володимирівни, координатора з моніторингу та оцінки Управління ООН з наркотиків і злочинності в Україні (UNODC);
- Тілікіної Наталії Володимирівни, керівника Центру соціологічних досліджень ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики»;
- Трофименко Олесі Володимирівни, менеджера проектів Центру соціальних експертиз Інституту соціології НАН України;
- Фіцайло Світлани Сергіївни, головного спеціаліста департаменту загальної середньої та дошкільної освіти Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України;
- Єреська Олега Вікторовича, директора департаменту загальної середньої та дошкільної освіти Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України.

Публікація цього звіту стала можливою завдяки підтримці МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Перелік умовних скорочень

АРТ	антиретровірусна терапія – приймання лікарських засобів, що запобігають розмноженню й розвитку ВІЛ в організмі людини
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією
Держслужба соцзахворювань України	Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань
ДЕН	дозорний епідеміологічний нагляд
д.і.	довірчий інтервал
ДКТ	добровільне консультування та тестування на ВІЛ
ЖКС	жінки комерційного сексу (що надають сексуальні послуги за плату)
Загальнодержавна програма	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки
ЗМІ	засоби масової інформації
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІОК	інформація, освіта, комунікація
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
КІТ	консультування і тестування
КМК	координаційний механізм країни
ЛГБТ	лесбійки, геї, бісексуали, транссексуали
ЛЖВС	люди, які живуть з ВІЛ/СНІД
МІО	моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
Національний звіт	Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД (даний документ)
НЗПІ	комбінований індекс – національні зобов'язання та політичні інструменти
Н/С	не стосується
НУО	неурядові організації
ПРООН	Програма розвитку ООН
ПКС	працівники комерційного сексу
СІН	споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ССГАООН	Спеціальна сесія Генеральної Асамблеї ООН (з ВІЛ/СНІД)
Центр МІО	Український центр моніторингу і оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс із чоловіками
ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»	Державна установа «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України»
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з питань ВІЛ/СНІД
ЮНІСЕФ	Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень

РОЗДІЛ І. СТИСЛИЙ ОГЛЯД

А. Участь зацікавлених партнерів у процесі написання звіту

Б. Стан епідемії

В. Програмні та політичні дії у відповідь на епідемію

Г. Значення показників

РОЗДІЛ II. ОГЛЯД ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

РОЗДІЛ III. НАЦІОНАЛЬНА ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

РОЗДІЛ IV. ПЕРЕДОВІ ПРАКТИКИ

РОЗДІЛ V. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ВІДПОВІДНІ ДІЇ

РОЗДІЛ VI. СИСТЕМА МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ

ДОДАТОК 1. КОНСУЛЬТАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС/ПІДГОТОВКА НАЦІОНАЛЬНОГО ЗВІТУ ПРО ХІД РОБОТИ З МОНІТОРИНГУ ВИКОНАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ ПРО ВІДДАНІСТЬ СПРАВІ БОРОТЬБИ З ВІЛ/СНІД

ДОДАТОК 2. НАЦІОНАЛЬНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ І ПОЛІТИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ (частина А)

ДОДАТОК 3. НАЦІОНАЛЬНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ І ПОЛІТИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ (частина В)

ДОДАТОК 4. ЄВРОПЕЙСЬКЕ ДОПОВНЕННЯ ДО ЗКПІ (частина А)

ДОДАТОК 5. ЄВРОПЕЙСЬКЕ ДОПОВНЕННЯ ДО ЗКПІ (частина В)

ДОДАТОК 6. НАЦІОНАЛЬНА МАТРИЦЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗА 2009–2010 рр.

ДОДАТОК 7. ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ

РОЗДІЛ І. СТИСЛИЙ ОГЛЯД

У ході Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІД (далі – ССГАООН), проведеної у 2011 р., держави-члени ООН одностайно прийняли нову Політичну декларацію з ВІЛ/СНІД, де сформулювали нові зобов'язання та амбіційні плани, в основу яких покладені стратегічні напрямки двох попередніх політичних декларацій – Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД 2001 р. та Політичної декларації з ВІЛ/СНІД 2006 р.

Держави-члени ООН зобов'язалися:

1. Знизити рівень передачі ВІЛ статевим шляхом у два рази до 2015 р.
2. Знизити рівень передачі ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків на 50% до 2015 р.
3. Забезпечити запобігання виникненню нових випадків передачі ВІЛ від матері до дитини до 2015 р.
4. Надати антиретровірусне лікування 15 мільйонам людей, які живуть з ВІЛ.
5. Знизити кількість смертей від туберкульозу серед людей, які живуть з ВІЛ, на 50% до 2015 р.
6. Усунути дефіцит коштів для боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції на глобальному рівні і вжити заходів щодо збільшення щорічного фінансування боротьби зі СНІД до 22–24 мільярдів дол. США до 2015 р.

Політична декларація чітко вказує на наявність гострої необхідності збільшення доступу до послуг для осіб із груп підвищеного ризику щодо інфікування на ВІЛ та містить зобов'язання викорінювання гендерної нерівності, насильства та обмеження прав за гендерною ознакою без зволікання.

У рамках оцінки прогресу в досягненні Цілей тисячоліття, що спрямовані на подолання епідемії ВІЛ-інфекції до 2015 р., Україна у 2012 р. подає до секретаріату ЮНЕЙДС гармонізований Національний звіт за 2010–2011 роки, що включає три міжнародні звіти: Звіт з виконання рішень «Політичної декларації з ВІЛ/СНІД: активізація наших зусиль з викорінювання ВІЛ/СНІД» 2011 р., Звіт з виконання рішень «Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Європі та Центральній Азії 2004 р.» та Спільний інструмент звітності ВООЗ, ЮНІСЕФ і ЮНЕЙДС «На шляху до загального доступу: нарощування масштабів пріоритетних заходів з ВІЛ/СНІД в секторі охорони здоров'я» (далі – Національний звіт 2012 р.).

Національний звіт 2012 р. представляє найбільш повний та вичерпний огляд розвитку відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, що складається з 45 показників (із 56 показників, рекомендованих для усіх країн-членів ООН).

За 11 показниками Україна не надає даних у Національному звіті 2012 р, оскільки 6 показників не є релевантними для України, для 5 показників відсутній механізм збору даних.

Перелік 6 нерелевантних показників для України, які не відповідають епідемії, зареєстрованій в країні на сучасному етапі:

1.6 «Відсоток молодих людей віком від 15 до 24 років, які живуть з ВІЛ».

Показник поширеності ВІЛ серед молоді дає змогу достовірно оцінити тенденції розвитку епідемічного процесу в країнах з генералізованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, що розвивається за рахунок гетеросексуального шляху передачі збудника. Для країн, де ВІЛ-інфекція зосереджена в групах населення з поведінкою високого ризику інфікування ВІЛ, цей показник є менш інформативним.

В Україні поширеність ВІЛ на кінець 2011 року серед вагітних жінок, за оперативними даними Міністерства охорони здоров'я України, складає менше одного відсотку, що відповідає концентрованій стадії епідемії ВІЛ-інфекції згідно з рекомендаціями ЮНЕЙДС. Тому, в Національному звіті за 2010–2011 роки Україна подає результати поширеності ВІЛ-інфекції за даними дозорних епідеміологічних досліджень серед споживачів ін'єкційних наркотиків, серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, серед чоловіків, які мають секс із чоловіками – тобто серед груп високого ризику щодо інфікування ВІЛ, які на сьогодні визначають інтенсивність епідемічного процесу в країні.

Дані рутинного спостереження за вагітними в жіночих консультаціях показують, що в Україні в 2011 році 0,47% вагітних жінок серед первинно обстежених мали позитивний ВІЛ-статус. Водночас, занепокоєння викликає ситуація у п'яти регіонах України, де даний показник значно перевищує середній по країні, а саме: Дніпропетровська

область – 1,08%; Миколаївська область – 0,87%; Одеська область – 0,84%; Донецька область – 0,80%; Київська область – 0,78%.

Показник 7.2 «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».

На сьогодні в Україні реєструється концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції, тоді як цей показник застосовується лише в країнах з генералізованою стадією епідемії, що розвивається за рахунок гетеросексуального шляху передачі ВІЛ та дає можливість отримати уявлення про рівень ризику інфікування ВІЛ серед жінок, які постраждали від фізичного або сексуального насильства.

Показники 1.18 «Мігранти: використання презерватива», 1.19 «Мігранти: тестування на ВІЛ», 1.20 «Мігранти: поширеність ВІЛ». Вони використовуються до мігрантів, які прибули з країн, де реєструється генералізована стадія епідемії ВІЛ-інфекції. На сьогодні, масової міграції до України з країн з генералізованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції не спостерігається, а поодинокі випадки ВІЛ-інфекції серед іноземців, наприклад, студентів, не впливають на розвиток епідемічного процесу в Україні.

Показник 3.10 «Кількість новонароджених ВІЛ-інфікованими жінками, яким визначено вигодовування під час їхнього візиту у зв'язку з вакцинацією АКДП-3» не є релевантним для України, оскільки національною стратегією програми профілактики вертикальної передачі ВІЛ від матері до дитини є повне виключення грудного вигодовування новонароджених ВІЛ-інфікованими матерями. Діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, забезпечуються заміниками грудного молока за рахунок коштів місцевих бюджетів. Консультування ВІЛ-позитивних матерів щодо вигодовування новонароджених надається в межах діючих нормативно-правових актів медичними працівниками центрів СНІД, закладів репродуктивного здоров'я (пологові будинки та відділення, жіночі консультації, центри планування сім'ї тощо).

Перелік 5 показників, що є релевантними для України, але на сьогодні не існують офіційні статистичні форми для збору даних за вказаними показниками:

Показник 4.4 «Відсоток закладів охорони здоров'я, що надають антиретровірусну терапію, в яких було зафіксовано відсутність принаймні одного необхідного АРВ-препарату протягом останніх 12 місяців» буде розрахований в рамках 10 раунду Глобального Фонду шляхом розробки та впровадження відповідного електронного інструменту в декількох регіонах, а з 2014 року звітність за цим показником буде введена на національному рівні.

Показник 5.3 «Відсоток ВІЛ-інфікованих дорослих та дітей, які розпочали профілактику ізоніазидом серед тих, хто вперше став на диспансерний облік». В Україні профілактика ізоніазидом призначається пацієнтам за показаннями, відповідно до Методичних рекомендацій з удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД, затверджених наказом МОЗ України від 15.12.2000 №344, незалежно від часу постановки під диспансерний нагляд. Тому дані щодо профілактики ізоніазидом у ВІЛ-інфікованих осіб наявні в цілому по всім ВІЛ-інфікованим пацієнтам, але серед них окремо не виділяються особи, які щойно стали під диспансерний нагляд.

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». Для вимірювання даного показника необхідною є розробка та впровадження звітних форм.

Показник 7.6 «Кількість ВІЛ-інфікованих дорослих та дітей, активно охоплених медичними послугами протягом 2011 року». Для вимірювання даного показника необхідною є розробка та впровадження електронного обліку відвідувань медичних закладів, що надають послуги ВІЛ-інфікованим особам.

Показник 7.7 «Відсоток ВІЛ-інфікованих дорослих та дітей, які перебувають під диспансерним наглядом, та які були обстежені на гепатит С». Для вимірювання даного показника необхідною є розробка та впровадження звітних форм.

Частина наданих показників Національного звіту 2012 р. була розрахована на основі даних офіційної статистичної звітності, для отримання інших були проведені спеціальні соціологічні та епідеміологічні дослідження серед загального населення та осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

З метою забезпечення якості та можливості порівняльного аналізу ситуації в різних країнах, збір даних для показників проводився з використанням стандартизованих методик, рекомендованих Керівництвом ЮНЕЙДС «Звітність про досягнутий прогрес у здійсненні глобальних заходів у відповідь на СНІД» 2012 р.

А. Участь зацікавлених партнерів у процесі написання звіту

Рішенням Національної Ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД від 13.12.2011 р. для забезпечення подання Національного звіту 2012 р. затверджено перелік цілей та показників, відповідальні організації та терміни подання даних.

Відповідальною установою за підготовку Національного звіту 2012 р. визначено Державну установу «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України» (далі – ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»).

Координація процесу підготовки та подання Національного звіту 2012 р., а також ухвалення показників центральними органами виконавчої влади та Урядом України покладено на Державну службу України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально небезпечних захворювань (далі – Держслужба соцзахворювань України).

Значення показників затверджені трьома ключовими центральними органами виконавчої влади: Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) – Держслужба соцзахворювань України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України (далі – МОН молодь спорт України) та Державна пенітенціарна служба України.

Першочергову відповідальність за проведення моніторингу та оцінки у галузі ВІЛ/СНІД покладено на державні органи виконавчої влади. Відповідно до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист населення» (2010 р.) здійснення міжвідомчої координації заходів із запобігання захворюванню на ВІЛ-інфекцію виконує центральний орган виконавчої влади у галузі охорони здоров'я – МОЗ України.

Дані та результати Національного звіту 2012 р. представляють погоджену точку зору широкого загалу партнерів, залучених до національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні, і схвалену урядом України.

Згідно з рекомендаціями, що зазначені у Керівництві ЮНЕЙДС, Національний звіт 2012 р. був підготовлений та обговорений на зустрічах зацікавлених сторін та партнерів, значення показників погоджені з експертами державних, недержавних та міжнародних організацій. Проект Національного звіту 2012 р. був розповсюджений серед усіх членів Робочої групи з моніторингу та оцінки. Фінальна версія була представлена ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України» на широкому Форумі зацікавлених сторін 21 березня 2012 р. за участі понад 80 учасників, а також на засіданні Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД 29 березня 2012 р. Після цього, 31 березня 2012 р. Національний звіт 2012 р. було направлено в секретаріат ЮНЕЙДС у Женеві українською та англійською мовами.

Б. Стан епідемії

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності Незалежних Держав. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в країні характеризується широким поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення, передусім серед осіб, які відносяться до груп високого ризику інфікування; нерівномірним поширенням ВІЛ-інфекції по різних територіях України; зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ; переважним ураженням осіб працездатного віку.

За період 1987–2011 рр. в Україні офіційно зареєстровано 202 787 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 46 300 випадків захворювання на СНІД та 24 626 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІД.

Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції поступово зростають – починаючи з 1999 р., кількість вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щороку постійно збільшується. У 2011 р. в країні офіційно зареєстровано 21 177 нових випадків ВІЛ-інфекції (46,2 на 100 тис. населення) – це найвищий показник за весь період спостереження за ВІЛ-інфекцією в Україні з 1987 р. (Рис. 1).

У межах окремих регіонів епідемія концентрується у містах – 77,1% офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в 2011 р. було зареєстровано саме серед міського населення, водночас частка вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед сільського населення дуже повільно, але збільшується (з 2007 по 2011 рр.: 21,8%; 21,0%; 21,0%; 23,5%; 22,9%, відповідно).

У статеві-віковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції переважають особи віком 25–49 років, частка яких поступово зростає (з 2007 по 2011 рр.: 62,8%; 62,5%; 63,8%; 64,8%; 66,3%, відповідно), та чоловіки, питома вага яких має тенденцію до зменшення (з 2007 по 2011 рр.: 56,2%; 55,4%; 55,1%; 56,4%; 54,5%, відповідно).

Разом з тим, в останні роки спостерігається стала тенденція до зниження частки випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію у віковій групі 15–24 років серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції – з 2007 по 2011 рр.: відповідно, 15%; 13%; 12%; 11% та 9%, що може свідчити про деякі ознаки стабілізації епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в цілому через зміну поведінки молоді на менш ризиковану.

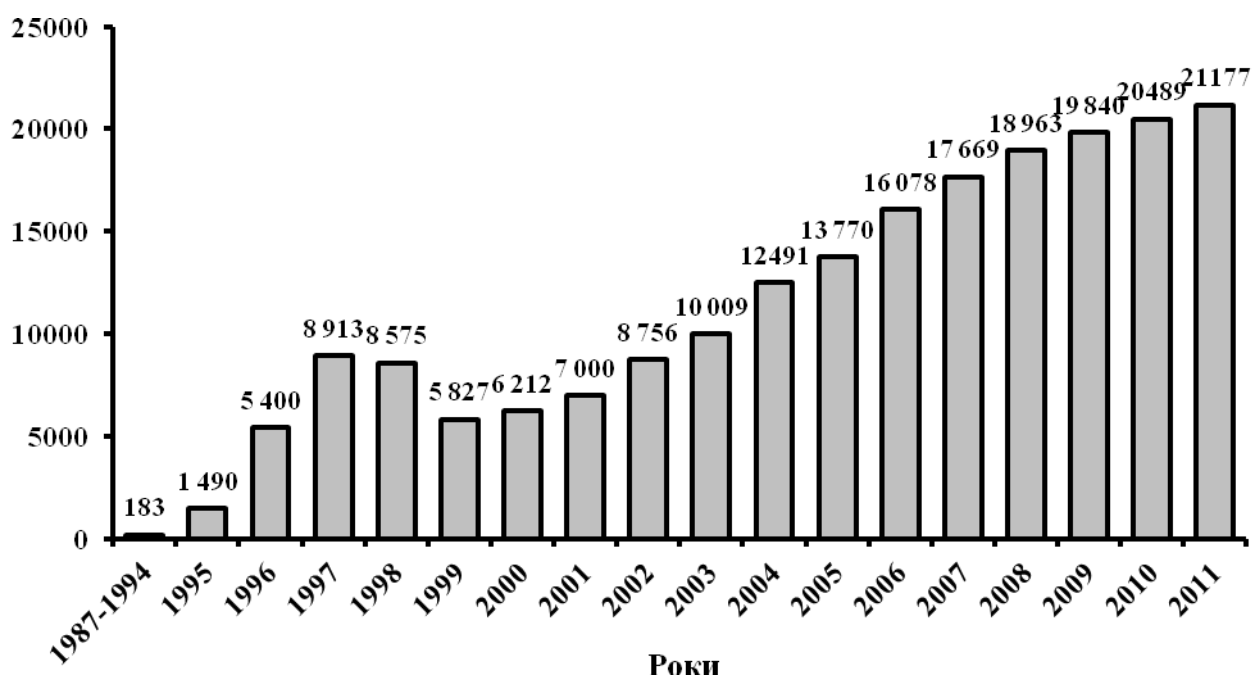


Рисунок 1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 1987–2011 рр.

Протягом 2009–2011 рр. в Україні відмічається незначне зниження кількості скринінгових обстежень на антитіла до ВІЛ – 3 350, 3 278 та 3 318 тисяч, відповідно. В останні три роки, за даними сероепідмоніторингу, повільно зменшується і загальний рівень поширеності ВІЛ серед громадян України – 1,11%; 1,03% та 1,02%, відповідно.

Показник охоплення диспансеризацією ВІЛ-позитивних осіб за період 2009–2011 рр. в Україні має тенденцію до збільшення – 54,5%, 60,6%, 62,7%, відповідно, але його рівень залишається недостатнім, нижче 70%. Отже, третина осіб, виявлених за даними сероепідмоніторингу, не перебуває під диспансерним наглядом у закладах охорони здоров'я з різних причин (не звернулися за результатами тестування, не бажають пройти медичне обстеження, тощо) та є джерелом збудника інфекції, що призводить до подальшого поширення ВІЛ.

Кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції корелює з кількістю проведених обстежень на антитіла до ВІЛ та структурою тестування в регіонах. В областях, де доступність тестування залишається обмеженою, особливо для осіб з груп високого ризику інфікування ВІЛ, зареєстрована кількість випадків ВІЛ-інфекції може бути суттєво нижчою за реальну (Закарпатська, Івано-Франківська, Волинська, Запорізька та Донецька області).

Протягом 2009–2011 рр. спостерігається зниження кількості тестувань споживачів ін'єкційних наркотиків (код 102) та рівня їхньої інфікованості: 13,34%; 12,31; 11,39%, відповідно. Щодо ситуації з тестуванням осіб, в яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом (код 104), то рівень інфікованості за цим кодом майже не

змінився – 1,51%; 1,25% та 1,45%, відповідно. Разом з тим, кількість тестувань осіб, які мають численні незахищені сексуальні контакти (код 105), поступово збільшується – 39; 49 та 57 тисяч обстежень, відповідно, при тому, що рівень інфікованості за цим кодом поступово зменшується – 1,96%; 1,77% та 1,60% .

Привертають до себе увагу результати аналізу щодо поширення ВІЛ-інфекції в розрізі регіонів серед осіб за кодами обліку 104 та 105. Так, за кодом 104 (особи, в яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом) при середньому рівні поширеності ВІЛ по Україні за цим кодом 1,45%, найвищий показник зареєстровано в Одеській області – 3,54%, а найнижчий в Закарпатській – 0,14%.

За кодом 105 (особи, які мають численні незахищені сексуальні контакти) в м. Севастополі проведено лише 35 обстежень, в Полтавській області – 68. В цих регіонах у зв'язку з дуже малою кількістю тестувань показники інфікованості ВІЛ за цим кодом взагалі не можна обчислювати. При середньому рівні поширеності ВІЛ по Україні за кодом 105 – 1,60%, найвищий показник зареєстровано в м. Києві – 5,52%, а найнижчий в Закарпатській області – 0,27%.

В останні роки практика тестування, що існує в Україні, передбачає обстеження донорів та вагітних на тест-системах, закуплених за рахунок державного бюджету, а решти населення – на тест-системах, закуплених за кошти місцевих бюджетів. При порівнянні відсотку тестувань за рахунок місцевих бюджетів від загальної кількості тестувань, виявляється велика територіальна різниця цих показників. Найвищі показники відмічаються в Чернігівській, Закарпатській, Херсонській, Черкаській та Донецькій областях, найменші, як і в попередні роки, – в Полтавській, Вінницькій, Хмельницькій областях та АР Крим.

Але, значно важливіше розглядати не лише показник відсотку тестування за рахунок місцевих бюджетів взагалі, а і частку тестувань саме осіб з груп ризику щодо інфікування ВІЛ, які відіграють вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. За цим показником найкраща ситуація у Черкаській, Миколаївській, Чернігівській, Хмельницькій та Луганській областях, найгірша – в Закарпатській, Івано-Франківській, Волинській, Запорізькій та Донецькій областях.

Вважається, що рівень інфікованості серед жінок, які відвідують жіночі консультації (тобто, вагітні), 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 сексуально активної частини населення. Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1) у 2011 р. в середньому по Україні становив 0,47% (з 2007 по 2011 рр.: 0,52%; 0,55%; 0,55%; 0,48%; 0,47%, відповідно).

При аналізі регіональних показників відмічається наступне: цей показник у 2011 р. коливався в значних межах – від 0,02% в Закарпатській області до 1,08% в Дніпропетровській області. Високим він був у так званих «пріоритетних» регіонах країни: Миколаївській, Одеській, Донецькій, а також у Київській та Кіровоградській областях (0,87%; 0,84%; 0,80%; 0,79% и 0,63%, відповідно). Вищенаведені дані свідчать про можливість генералізації епідемічного процесу ВІЛ-інфекції у деяких регіонах України.

Результати низки міжнародних досліджень визначили, що ретельний відбір донорів є більш ефективним засобом забезпечення безпеки донорства, ніж лише тестування на антитіла до ВІЛ, тобто, для зведення до мінімуму ризику переливання інфікованої ВІЛ крові. Окрім цього, медичні працівники регулярно рекомендують пацієнтам переливання крові за платню, навіть якщо воно не є виправданим з медичної точки зору, що ще більше підвищує ризик передачі ВІЛ.

На сьогодні відомо про 23 випадки інфікування ВІЛ в Україні внаслідок переливання інфікованих продуктів крові. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед первинних донорів крові (код 108.1) в 2011 р. у середньому по країні склав 0,16% (з 2007 по 2011 рр.: 0,17%; 0,18%; 0,20%; 0,18%; 0,16%, відповідно).

Найбільш небезпечна ситуація з якістю передтестового консультування, що проводиться службою крові, відмічається у регіонах з традиційно високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, де показник інфікованості ВІЛ серед разових донорів у Миколаївській області складає 0,51%, в Одеській – 0,46%, у Дніпропетровській – 0,35%, у Чернівецькій – 0,33%, у Херсонській – 0,32%, де передтестове консультування, скоріше за все, взагалі не здійснюється.

Досі в АР Крим, Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Луганській, Миколаївській, Одеській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій, Чернігівській областях та м. Києві реєструються випадки ВІЛ-інфекції серед кадрових донорів крові. Тобто, невирішеними залишаються питання недопущення випадків зараження ВІЛ під час переливання компонентів та препаратів крові, запровадження у практику діяльності донорської служби ефективних методик відбору донорів, з метою вилучення з їх числа осіб з ризикованими, щодо зараження ВІЛ, формами поведінки.

Згідно офіційних даних, у 2011 р. в Україні кожного дня у 58 осіб встановлювався діагноз ВІЛ-інфекція, у 25 осіб – діагноз СНІД, а 10 осіб помирало від захворювань, зумовлених СНІД.

Кількість хворих на СНІД в країні збільшувалася до 2006 р., включно. Вперше у 2007 р. було зареєстровано деяке зниження захворюваності на СНІД (з 10,1 на 100 тис. населення у 2006 р. до 9,8 на 100 тис. населення у 2007 р.). У 2008–2009 рр. вдалося утримати ці показники на рівні 9,5 та 9,7 на 100 тис. населення, проте в 2010 р. та в 2011 р., цей показник збільшився до 12,8 та 20,1 на 100 тис. населення, відповідно (Рис.2). Збільшення показників захворюваності на СНІД у 2010–2011 рр. може бути, деякою мірою, обумовлено впливом наказу МОЗ України від 12.07.2010 року № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», де дефініція «СНІД» визначається відповідно до Клінічної класифікації стадій ВІЛ-інфекції ВООЗ 2006 року та включає діагноз як «туберкульоз легеневий», так і «туберкульоз позалегевий».

Необхідно зважити й на те, що в останні роки відмічається все більша кількість ВІЛ-інфікованих осіб, виявлених через наявність клінічних показань. За результатами сероепідмоніторингу, у 2011 р. понад 22% від усіх позитивних результатів було виявлено серед осіб, обстежених за клінічними показаннями. У ряді регіонів цей показник ще вище.

В Україні в 2011 році діагноз ВІЛ-інфекція та СНІД встановлено одночасно в 4 076 (понад 44%) випадків з 9 189 нових випадків СНІД, зареєстрованих протягом звітного року, та відповідно у 5 113 осіб, які перебували під диспансерним спостереженням, було діагностовано IV клінічну стадію хвороби – СНІД.

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в Україні, як і раніше, залишається туберкульоз, який виявлено в 5 745 (62,5%) випадках з 9 189 нових випадків СНІД.

Аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в Україні свідчить про те, що ця інфекція кинула виклик системі охорони здоров'я: темпи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД випереджають темпи розгортання діяльності щодо її запобігання та лікування, зокрема надання антиретровірусної терапії всім, хто її потребує.

Смерть безпосередньо від захворювань, зумовлених СНІД, вже стала реальною загрозою для тисяч ВІЛ-інфікованих мешканців України: в 2011 р. від захворювань, зумовлених СНІД, померло 3 736 осіб, у тому числі 22 дитини. Найбільша кількість випадків смерті серед дітей зареєстровано в Донецькій області – 5 випадків, в Дніпропетровській області – 4, в АР Крим, Житомирській, Одеській, Полтавській, Хмельницькій по 2 випадки, а в Запорізькій та Харківській областях по 1.

Показник смертності від хвороб, зумовлених СНІД, у 2011 році виріс порівняно з попередніми роками і склав 8,2 на 100 тис. населення; в попередні шість років він становив 4,6; 5,2; 5,4; 5,8; 5,6; 6,8 на 100 тис. населення, відповідно.

Обмеженим залишається обсяг лікування активних споживачів ін'єкційних наркотиків у зв'язку з недостатньою доступністю замісної підтримувальної терапії, а відтак з проблемою формування прихильності до АРТ.

Станом на 01.01.2012 р. під диспансерним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 120 148 громадян України (264,3 на 100 000 населення), у тому числі у закладах Державної пенітенціарної служби України, з них 18 751 – з діагнозом СНІД (41,2 на 100 000 населення).

Як і раніше, існує значна різниця у поширеності ВІЛ-інфекції по регіонах України. Найбільш високі показники поширеності ВІЛ-інфекції, за даними диспансерного обліку, зареєстровано у південно-східних регіонах країни: у Дніпропетровській, Донецькій, Одеській, Миколаївській областях, місті Севастополі, а також в АР Крим (605,9 – 361,6 на 100 тис. населення), де ці показники значно перевищують середній по країні, який на 01.01.2012 р. склав 264,3 на 100 тис. населення.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні, з 1995 до 2007 р., включно, був парентеральний, переважно через введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. В 2008 р. вперше, починаючи з 1995 р., відбулася зміна частки шляхів передачі з перевагою статевого шляху над парентеральним. У 2011 р. відсоток осіб, які були інфіковані статевим шляхом, збільшився до 49%, тоді як парентеральний, введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом, склав 31%.

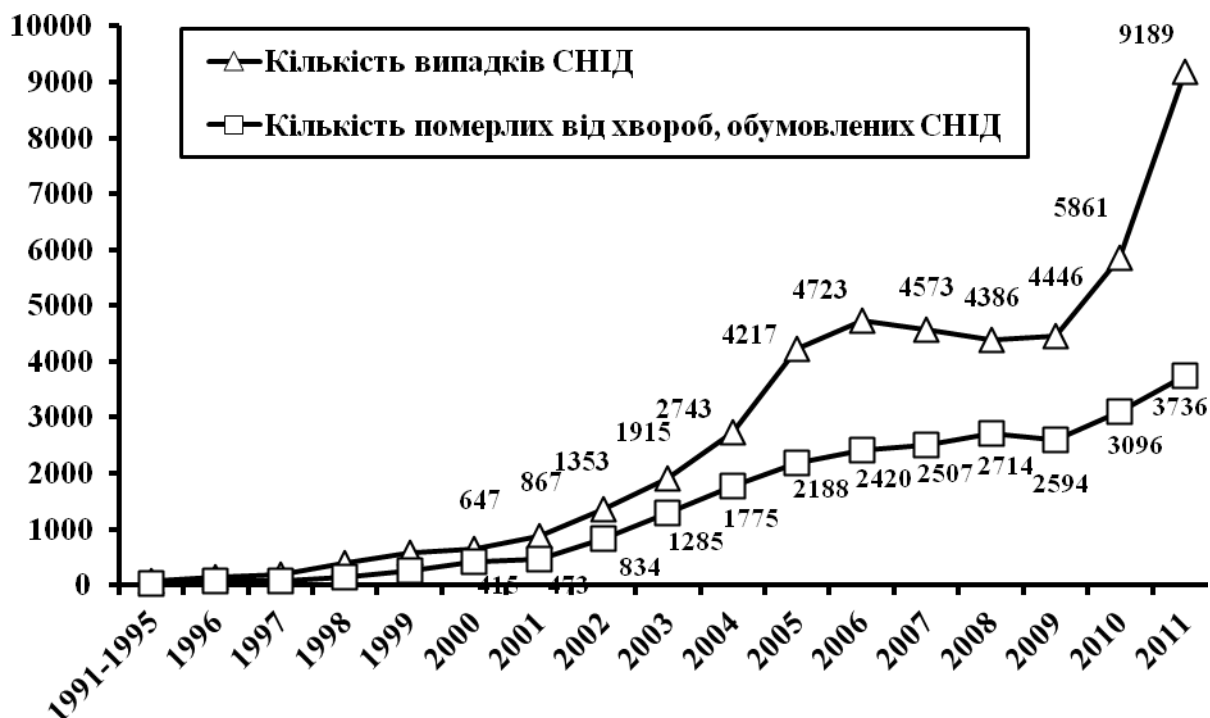


Рисунок 2. Кількість нових випадків СНІД та померлих від хвороб, обумовлених СНІД, серед громадян України в 1991-2011 рр.

Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, частка яких у 2011 р. складала 19%. Незважаючи на те, що ці новонароджені спочатку мають позитивний результат на антитіла до ВІЛ, за рахунок материнських антитіл, більшість з них є ВІЛ-негативними. Новонароджених, чий позитивний ВІЛ-статус не підтверджується у віці 18 місяців і старше, необхідно знімати з диспансерного обліку. І, хоча, в країні спостерігається прогрес у зменшенні рівня передачі ВІЛ від матері до дитини, загальна кількість дітей з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом продовжує зростати. На 01.01.2012 р. під наглядом перебуває 2 722 дитини, у яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено, у тому числі 752 дитини хворі на СНІД, та 6 735 дітей в стадії підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції.

Важливо наголосити, що з 1999 по 2006 рр. відбувалося збільшення абсолютної кількості СНІД серед нових випадків ВІЛ-інфекції при щорічному зменшенні частки СНІД серед загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. В останні ж роки (2006–2011) намітилася чітка тенденція до зменшення абсолютної кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків як і тенденція до зменшення частки СНІД (рис. 3).



Рисунок 3. Офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції серед СІН по роках

Ще одна група, що має підвищений ризик інфікування ВІЛ, – це чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). З 2005 по 2011 рр. в країні офіційно, щорічно, реєструється все більша кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи: 20, 35, 48, 65, 94, 90, 143, відповідно. Можна припустити, що на сьогодні існує суттєве недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов’язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків.

Україна не реєструє випадків ВІЛ-інфекції серед жінок комерційного сексу. Разом з тим, дані дозорного епідагляду вказують на широкую епідемію серед цієї групи.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в групах найвищого ризику, включаючи передусім СІН. Дані свідчать, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов’язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН та їхніх статевих партнерів. Високий рівень поширеності ВІЛ серед вагітних жінок прогнозує інтенсивний розвиток епідемічного процесу ВІЛ-інфекції серед загального населення.

В. Програмні та політичні дії у відповідь на епідемію

Запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні впроваджується на засадах триєдиних принципів, проголошених ЮНЕЙДС: єдина стратегія (Загальнодержавна програма з протидії ВІЛ/СНІД на 2009–2013 роки); єдиний координаційний орган (Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД, далі – Національна рада) та єдина система моніторингу і оцінки (Національна система МІО).

Україна має національну стратегію щодо подолання ВІЛ-інфекції/СНІД, яка затверджена на законодавчому рівні, є обов’язковою для виконання для усіх гілок державної влади та стосується як всього суспільства, так і кожного громадянина зокрема. Діяльність у даному напрямі здійснюється державою у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями на національному та регіональному рівнях, щороку збільшується державне фінансування необхідних заходів.

Пріоритетними заходами у напрямку подолання епідемії ВІЛ-інфекції в Україні держава визнає 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. У даному

напрямі нами вжиті конкретні кроки шляхом прийняття Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», який вступив в силу з січня 2011 року. Даний закон забезпечить відповідний баланс між правами людини та інтересами громадського здоров'я, цілісного та повноцінного практичного запровадження стратегії зменшення шкоди; розбудови публічно-приватного партнерства, необхідного для формування ефективної відповіді на загрозу поширення ВІЛ.

З метою забезпечення міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії у напрямку впровадження державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІД у 2007 році було створено урядовий орган державного управління – Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним хворобам (далі – Комітет).

У 2011 році внаслідок впровадження адміністративної реформи Комітет було ліквідовано та забезпечено функціонування Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним захворюванням (утворено Указом Президента України від 9 грудня 2010 року № 1085/2010 як центральний орган виконавчої влади). Указом Президента України від 8 квітня 2011 р. № 441 затверджено Положення про Державну службу України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним захворюванням.

Основні завдання Держслужби соцзахворювань України:

- 1) вносити пропозиції щодо формування державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним захворюванням;
- 2) реалізовувати державну політику у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним захворюванням;
- 3) розробляти пропозиції щодо удосконалення законодавчих і нормативних актів у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним захворюванням;
- 4) здійснювати державний контроль за дотриманням законодавства у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним захворюванням;
- 5) розробляти та організовує проекти виконання загальнодержавних та інших програм у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним захворюванням;
- 6) здійснювати координацію інших державних органів у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально небезпечним захворюванням;
- 7) здійснювати моніторинг захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД та інші соціально небезпечні захворювання;
- 8) вести облік ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД громадян України, іноземців та осіб без громадянства, які постійно проживають або на законних підставах тимчасово перебувають на території України;
- 9) виконувати функції Секретаріату Національної Ради, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України, без отримання додаткового державного фінансування.

Державна служба соцзахворювань України має високий статус та широкі повноваження, що свідчить про політичну прихильність вищого керівництва держави та визнання напряму протидії ВІЛ-інфекції/СНІД одним із пріоритетних напрямів державної політики. Вона є робочим органом координаційного механізму країни – Національної ради, яка має статус дорадчо-консультативного органу, створеного при Кабінеті Міністрів України.

До складу Національної ради входить 31 особа, в т.ч. 11 осіб (35%) – представники недержавного сектору: академічний сектор, ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», хворі та постраждали від туберкульозу, громадські національні та міжнародні організації, релігійні організації, приватний сектор, профспілки. Зокрема, у керівництві Національної ради один з трьох заступників голови – представник громадського сектору.

Державний сектор представлено керівництвом центральних органів виконавчої влади. Участь осіб керівного складу у роботі Національної ради сприяє результативному вирішенню питань, проте вимагає високого організаційного рівня діяльності, якісної підготовки проектів документів та інших матеріалів для обговорення, своєчасного розповсюдження матеріалів та забезпечення зворотного зв'язку. До участі у засіданні Національної ради можуть долучатися усі зацікавлені сторони.

Основні функції Секретаріату Національної ради – підготовка проектів плану роботи та звітів Національної ради, організаційне забезпечення, підготовка програм та матеріалів, проектів рішень та протоколів засідань Національної ради, підготовка матеріалів Комісії з нагляду, інформування громадськості про діяльність Національної ради, оприлюднення документів Національної ради на сайті Держслужби соцзахворювань України, тощо. **На теперішній час в Україні існує така система координації діяльності у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД:**

1) Колегіальний орган прийняття рішень на національному рівні. Національну координаційну раду з питань протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД було утворено при Кабінеті Міністрів України (КМУ) від 16 травня 2005 року № 352.

У 2007 році її було реорганізовано у Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД (Постанова КМУ від 11 липня 2007 року № 926).

Національна рада є постійним міжсекторальним консультативно-дорадчим органом КМУ, який здійснює міжсекторальну координацію національної відповіді на епідемії ВІЛ-інфекції і туберкульозу. Національна рада також виконує функції координаційного механізму країни відповідно до вимог Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією.

Кількісний склад Національної ради – 31 особа, гендерне співвідношення: 35% жінок і 65% чоловіків. Національна рада розглядає питання політики України відносно епідемії ВІЛ-інфекції і туберкульозу, зокрема, реалізації Загальнодержавних програм з ВІЛ/СНІД, туберкульозу і грантів ГФ (є Координаційним механізмом країни у 1, 6, 9, 10 раундах). Формат роботи – засідання, які проводяться щоквартально (або частіше).

2) Колегіальні органи прийняття рішень на регіональному рівні. 27 регіональних рад з питань протидії туберкульозу і ВІЛ/СНІД (далі – регіональні ради) створено у 2005–2006 роках у всіх регіонах України. Регіональні ради утворено при Раді міністрів АР Крим, обласних, Київській і Севастопольській міських державних адміністраціях як консультативно-дорадчі органи. Їхній склад і завдання відповідають складу і завданням Національної ради. Формат роботи – засідання, які проводяться щоквартально (або частіше).

3) Колегіальні робочі органи для розробки проектів рішень на національному рівні:

а) 30 тимчасових і постійних технічних експертних робочих груп (далі – робочі групи) з різних аспектів протидії епідеміям туберкульозу і ВІЛ-інфекції. Робочі групи утворено при міністерствах, які представлено у складі Національної ради (зокрема, 15 робочих груп – при МОЗ, решта – при Міністерстві освіти і науки, молоді та спорту України, Державній пенітенціарній службі України тощо), до їхнього складу входять представники державних структур, міжнародних та неурядових організацій, експерти. Формат роботи – засідання;

б) Комітети Національної ради – з програмних питань та з регіональної політики. Створені у 2010 році рішенням Національної ради з метою підвищення якості підготовки проектів рішень Національної ради, більшого залучення зацікавлених сторін до роботи Національної ради, гармонізації діяльності робочих груп, зазначених вище. Комітети Національної ради очолюють члени Національної ради. Персональний склад Комітетів Національної ради сформовано на міжсекторальній основі. Формат роботи – засідання;

в) Наглядова комісія проектів Глобального фонду. Створена у 2011 році для здійснення нагляду за процесом реалізації грантів Глобального фонду. Формат роботи – засідання, наглядові візити на місця відповідно до плану роботи.

4) Постійний Секретаріат створений для забезпечення роботи колегіальних органів на національному рівні: Держслужба соцзахворювань України виконує функції Секретаріату Національної ради, готує засідання Національної ради і Комітетів, а також взаємодіє з регіональними радами.

Усі вищезазначені структури працюють на громадських засадах у форматі робочих зустрічей і засідань. Основну роботу з організації їхньої діяльності, здійснення комунікації і впровадження рішень здійснював Секретаріат у період 2005–2006 років (Секретаріат було створено в рамках Проекту з розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, що фінансується Американською Агенцією з міжнародного розвитку та виконується Ф'ючерс Груп Інтернешнл).

Можна зробити висновок, що в Україні створено багаторівневу систему міжсекторальної і міжвідомчої координації і взаємодії між численними партнерами на національному і регіональному рівнях. Основне завдання на майбутні роки – забезпечити сталість та ефективність її функціонування.

Г. Значення показників

Таблиця 1

Значення показників Національного звіту

Цілі та показники	Значення показника	Належність показника
<i>Ціль 1. Знизити рівень передачі ВІЛ статевим шляхом у два рази до 2015 року.</i>		
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*	39,9%	Політична декларація, Дублінська декларація
1.2 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	6,7%	Політична декларація
1.3 Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	9,7%	Політична декларація
1.4 Відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту*	63,9%	Політична декларація
1.5 Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, та які знають свої результати	12,4%	Політична декларація
1.6 Відсоток молодих людей віком 15–24 років, які живуть з ВІЛ*	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Політична декларація
1.7 Відсоток жінок комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	61,2%	Політична декларація, Дублінська декларація
1.8 Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом	92,0%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.9 Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	58,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.10 Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ	9,0%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент

1.11	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції	53,1%	Політична декларація
1.12	Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком	70,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.13	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	37,8%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.14	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ	6,4%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
1.15	Відсоток медичних установ, які забезпечують тестування на ВІЛ та консультування	21,1%	Спільний інструмент
1.17	Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги і пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні допологової допомоги	92,4%	Спільний інструмент
1.18	Відсоток мігрантів з країн з генералізованою епідемією ВІЛ, у яких були статеві контакти більш ніж з одним партнером за останні 12 місяців, які користувалися презервативом під час останнього статевого акту	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.19	Відсоток мігрантів з країн з генералізованою епідемією ВІЛ-інфекції, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знають свої результати	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.20	Відсоток мігрантів, які є ВІЛ-інфікованими	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Дублінська декларація
1.21	Відсоток засуджених, які є ВІЛ-інфікованими	13,6%	Дублінська декларація
Ціль 2. Знизити рівень передачі ВІЛ внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків у два рази до 2015 року.			
2.1	Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голочок та шприців за рік	75,3	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.2	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту	47,8%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент

2.3	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	95,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.4	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	35,7%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.5	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ	21,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
2.6 (a)	Оціночна кількість споживачів опіатів (ін'єкційних та неін'єкційних)	Оціночна кількість ін'єкційних споживачів опіатів 250 000	Спільний інструмент
2.6 (b)	Кількість людей на замісній терапії на всіх сайтах ЗПТ	6 632	Спільний інструмент
2.7 (a)	Кількість сайтів з програми обміну голки та шприців (включаючи аптеки, що безкоштовно надають голки та шприці)	1 667	Спільний інструмент
2.7 (b)	Кількість сайтів з надання опіоїдної замісної терапії	133	Спільний інструмент
Ціль 3. Виключити передачу ВІЛ від матері до дитини до 2015 року і суттєво знизити материнську смертність від СНІД.			
3.1	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	95,5%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
3.2	Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження	55,3%	Політична декларація, Спільний інструмент
3.3	Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (модельований)	Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини за національною методологією – 4,7% (2009 р.)	Політична декларація
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 знав про свій ВІЛ-статус	99,2%	Спільний інструмент
3.7	Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі від матері до дитини під час вагітності та пологів (рання частота передачі у віці шести тижнів)**	99,1%	Спільний інструмент

3.10	Кількість немовлят, що були народжені обстеженими жінками, та годування яких було відмічено у візиті ДТРЗ	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Спільний інструмент
3.13 (a)	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які були споживачами ін'єкційних наркотиків	3,5%	Спільний інструмент
3.13 (b)	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які отримували замісну терапію під час вагітності	7,3%	Спільний інструмент
3.13 (c)	Відсоток ВІЛ-інфікованих породіль СІН, які отримували АРВ для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності	65,3%	Спільний інструмент
Ціль 4. Надати антиретровірусне лікування 15 мільйонам людей, які живуть з ВІЛ, до 2015 року.			
4.1 (b)	Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування і які на теперішній час його отримують: від диспансерної групи від оцінної чисельності	69,9% 22%***	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
4.2	Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	82,3%	Політична декларація, Спільний інструмент
4.2 (a)	Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	73,2%	Спільний інструмент
4.2 (c)	Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)	70,8%	Спільний інструмент
4.2 (d)	Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)	61,7%	Спільний інструмент
4.4	Відсоток лікувальних закладів, які надають антиретровірусні препарати та ті, в яких було зафіксовано відсутність принаймні одного необхідного АРВ-препарату протягом останніх 12 місяців	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
4.5	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують антиретровірусної терапії вже на момент постановки діагнозу	40,0%	Дублінська декларація, Спільний інструмент

Ціль 5. Знизити кількість смертей від туберкульозу серед людей, які живуть з ВІЛ, на 50% до 2015 року.			
5.1	Відсоток оціночної кількості ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції	35,7%	Політична декларація, Дублінська декларація, Спільний інструмент
5.3	Відсоток дорослих та дітей, які вперше залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих та почали профілактичну терапію ізоніазидом (ІРТ)	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
5.4	Відсоток дорослих та дітей, які включені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих, та у яких був визначений та зареєстрований статус туберкульозу під час останнього візиту	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
Ціль 6. Досягнути значного рівня глобальних річних витрат (22–24 млрд. дол. США) в країнах із низьким та середнім рівнем доходів.			
6.1	Вітчизняні та міжнародні витрати на СНІД за категоріями та джерелами фінансування	2009: 509 446 463 грн. 2010: 578 340 208 грн.	Політична декларація, Дублінська декларація
Ціль 7. Вирішальні допоміжні фактори та спільні зусилля із секторами розвитку.			
7.1	Зобов'язання країни та політичні інструменти (ЗКП) (профілактика, лікування, догляд та підтримка, права людини, залучення громадянського суспільства, гендерні питання, програми на робочих місцях, стигма та дискримінація, моніторинг та оцінка)	Додатки 2,3 до Звіту	Політична декларація, Дублінська декларація
7.1 (с)	Європейське доповнення до ЗКП	Додатки 4,5 до Звіту	Дублінська декларація
7.2	Частка жінок віком 15–49 років, які коли-небудь були у шлюбі або мали партнера і які піддавалися фізичному чи сексуальному насильству з боку інтимного партнера-чоловіка протягом останніх 12 місяців	Україна не звітує за цим показником, оскільки цей показник застосовується для країн з генералізованою епідемією	Політична декларація
7.6	Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих осіб	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент

7.7 Відсоток дорослих та дітей, які залучені до програми з догляду ВІЛ-інфікованих осіб та які були обстежені на гепатит С	Показник є релевантним, але не існують звітні форми, які б дали змогу зібрати дані для обчислення значення цього показника	Спільний інструмент
--	--	---------------------

* Показник Цілей розвитку тисячоліття.

** Країни мають відстежувати відсоток немовлят, які отримали АРВ-терапію. У разі, якщо це неможливо, країни мають доповісти про відсоток немовлят, які розпочали АРВ-терапію. Інформація має відповідати національному протоколу щодо АРВ-профілактики у післяпологовому періоді.

*** Оціночні дані, отримані робочою експертною групою 28 березня 2012 року.

РОЗДІЛ II. ОГЛЯД ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Однією з найбільш важливих проблем країни у галузі охорони здоров'я, що спричиняє тяжкі соціально-економічні та демографічні наслідки, є існування тенденції до зростання показників поширеності ВІЛ-інфекції та смертності від захворювань, зумовлених СНІД.

За даними офіційної статистики, на сьогодні в Україні зареєстровано понад 200 тисяч ВІЛ-інфікованих осіб, померли від захворювань, зумовлених СНІД, майже 25 тисяч осіб. У 2011 р. через мережу спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів щомісяця реєструвалося понад 1 700 нових випадків ВІЛ-інфекції, тоді як 10 років тому, у 2001 р. – 580.

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні концентрується в основному серед споживачів ін'єкційних наркотиків, працівників комерційного сексу та їхніх статевих партнерів, а також серед чоловіків, які мають секс з чоловіками.

Згідно даних дозорного епідагляду за ВІЛ-інфекцією, проведеного в рамках інтегрованих біоповедінкових досліджень 2011 р. серед представників груп ризику, **21,5%** (довірчий інтервал (далі д.і.) 43,8% – 2,5%) **СІН**, **9,0%** (д.і. 38,2% 1 – 0%) жінок комерційного сексу (далі – **ЖКС**) та **6,4 %** (д.і. 20,0% – 1,4%) **ЧСЧ** живуть з ВІЛ. Високий рівень інфікованості ВІЛ серед ЖКС пояснюється активною участю жінок-СІН у секс-бізнесі, що сприяє поширенню ВІЛ в країні.

Оскільки повномасштабна епідемія ВІЛ-інфекції за рахунок СІН в Україні розвивається з 1995 р., тобто достатньо давно, а більшість СІН практикують статеві стосунки, рівень передачі ВІЛ статевим шляхом зростає. В міру того як епідемія поширюється від СІН (в основному чоловіків) до їхніх статевих партнерів, збільшується частка ВІЛ-інфікованих жінок. Наприклад, за даними офіційної статистики на кінець 2011 р. частка ВІЛ-інфікованих жінок, які перебували під диспансерним наглядом, складала 45,0% від усіх, хто перебував під диспансерним наглядом.

Незахищені статеві контакти серед ЧСЧ зумовлюють невелику частку вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в країні – менш ніж 1% серед випадків ВІЛ-інфекції зі встановленим шляхом передачі. Але, офіційні дані занижують фактичний рівень передачі ВІЛ в цій групі населення, яка досі зазнає стигматизації. Як вже вказувалося вище, за даними дозорних досліджень 2011 р., рівень інфікованості ВІЛ в Україні серед ЧСЧ становить 6,4%. Разом з тим, при аналізі регіональних показників, відмічається, що цей показник коливається в значних межах від 0% в м. Полтаві до 20,0% в м. Донецьку.

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 сексуально активної частини населення. Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1) у 2011 р. в середньому по Україні становив 0,47% (з 2007 по 2011 рр.: 0,52%; 0,55%; 0,55%; 0,48%; 0,47%, відповідно). При аналізі регіональних показників відмічається, що цей показник у 2011 р. коливався в значних межах – від 0,02% в Закарпатській області до 1,08% у Дніпропетровській області. Високим він був також у так званих «пріоритетних» регіонах країни: Миколаївській, Одеській, Донецькій, Київській областях, а також у Кіровоградській області (0,87%; 0,84%; 0,80%; 0,79% і 0,63%, відповідно). Такі дані свідчать про наявність субепідемій в країні з високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, зумовлених, насамперед, соціально-економічними причинами.

Разом з тим, необхідно відмітити, що завдяки реалізації комплексу заходів, спрямованих на призупинення епідемії ВІЛ-інфекції, зокрема серед СІН, темпи приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію, починаючи з 2006 р., невинно знижуються.

Так, якщо в 2006 р. порівняно з попереднім 2005 р., цей показник у цілому по країні збільшився на 16,8%, то в 2011 р. порівняно з 2010 р. – лише на 3,6%, тобто за даними офіційної статистики відбувається зниження інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції – темпу приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію.

Звертає на себе увагу і той факт, що на тлі щорічного зростання загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, спостерігається позитивна тенденція до зниження кількості офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком 15–24 років – з 2775 осіб у 2005 р. до 1907 осіб у 2011 р. За даний період зменшилася не лише частка осіб віком 15–24 років серед вперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ, але і показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію осіб даної вікової групи. Зниження екстенсивного та інтенсивного статистичних показників, що характеризують особливості розвитку епідемії ВІЛ-інфекції серед молоді, також можуть свідчити про деяку стабілізацію епідемічної ситуації у країні. Але, офіційні дані не відображають дійсний рівень поширеності ВІЛ серед підлітків та молоді з груп ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ), де цей показник активно зростає.

Для значної кількості молодих людей з груп ризику доступ до профілактичних та лікувальних послуг, що надаються державними та громадськими організаціями, є досі обмеженим, оскільки вони в основному спрямовані на доросле населення віком старше за 25 років.

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 не вираховувався.

Цей показник застосовується для країн з генералізованою стадією епідемії і дає змогу отримати доволі достовірну оцінку останніх тенденцій розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у тих країнах, де епідемія поширюється 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 дорослого населення на кінець 2011 р. оцінювалась на рівні 0,95%, а серед вагітних жінок, за оперативними даними МОЗ України, менше одного відсотку, належить до країн з концентрованою стадією епідемії. Тому, Україна в Національному звіті 2012 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.

Загально визнаним є факт, що офіційні дані не відображають реального масштабу епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, зокрема дійсну кількість людей, інфікованих ВІЛ. Вони лише надають інформацію про осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ, у яких була виявлена ВІЛ-інфекція, і які були внесені до офіційного національного реєстру випадків ВІЛ-інфекції. Значно більша кількість українців можуть бути інфікованими ВІЛ, але вони необізнані щодо свого ВІЛ-позитивного статусу.

Оновлені оцінки щодо ВІЛ/СНІД в Україні засвідчують, що на початок 2012 р. в Україні мешкало 216 977 тисяч людей, віком від 15 до 49 років, інфікованих ВІЛ. Ці дані відрізняються від даних офіційної статистики щодо кількості осіб від 15 до 49 років, які перебували під диспансерним наглядом у спеціалізованих закладах охорони здоров'я (106 225 особи) на початок 2012 р.. Відмінність між цими показниками свідчить, що лише 49%, або кожна друга людина, яка живе з ВІЛ в Україні, пройшла тест на ВІЛ і знає свій ВІЛ-позитивний статус.

Ці дані є результатом найостаннішої національної оцінки ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні станом на початок 2012 р. Значна кількість національних та міжнародних організацій, залучених у процес моніторингу епідемії ВІЛ-інфекції в Україні, зробили свій внесок у формування цієї оцінки, що стало складовою глобальної оцінки щодо ситуації з ВІЛ/СНІД станом на початок 2012 р.

Оціночні дані будуть використані як прогнози для розрахунку кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які потребують лікування, догляду та підтримки.

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

Результати дозорних епідеміологічних досліджень 2011 р. виявили високі рівні інфікування ВІЛ серед представників груп ризику.

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

У 2011 р. показник поширеності ВІЛ серед ЖКС розраховувався, базуючись на результатах тестування крові ЖКС із застосуванням швидких тестів в 25 територіальних одиницях¹. Були протестовані 4 816 осіб. Рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС становив 9,0% (д.і. 8,18 – 9,82%).

Наведені у таблиці 2 дані щодо поширеності ВІЛ в розрізі окремих міст показують географічні відмінності. У містах Донецьк, Київ, Полтава та Хмельницький рівень поширеності ВІЛ традиційно вищий за інші міста. У містах Луганськ, Ужгород та Харків взагалі не було виявлено ВІЛ-інфікованих ЖКС.

Таблиця 2

Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС за даними досліджень 2011 р.

Міста	Кількість тестувань	Поширеність ВІЛ, %	Довірчі інтервали
Донецьк	283	38,20	29,70–48,40
Київ	274	23,70	17,00–30,50
Полтава	152	23,03	16,33–29,72
Хмельницький	147	17,09	11,00–23,17
Кіровоград	147	13,33	7,84–18,81
Одеса	297	13,07	9,24–16,90
Черкаси	136	12,60	4,40–20,60
Херсон	199	9,43	5,37–13,49
Івано-Франківськ	149	9,20	4,56–13,84
Дніпропетровськ	276	6,51	3,60–9,43
Миколаїв	294	6,21	3,46–8,97
Львів	196	5,82	2,55–9,09
Житомир	150	5,31	1,72–8,90
Рівне	149	4,80	1,37–8,23
Запоріжжя	193	4,50	1,60–8,40
Сімферополь	298	3,34	1,30–5,38
Луцьк	136	2,53	0,00–5,16
Тернопіль	150	2,00	0,00–4,24
Вінниця	148	1,56	0,00–3,56

¹ Дозорний епіднагляд за ВІЛ, проведений в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС, як компонент епіднагляду за ВІЛ другого покоління». Дослідження проводились Київським міжнародним інститутом соціології у співпраці з Українським центром профілактики та боротьби зі СНІД МОЗ України та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Для проведення дослідження застосовувались методики RDS та TLS.

Міста	Кількість тестувань	Поширеність ВІЛ, %	Довірчі інтервали
Чернігів	150	1,00	0,00–4,50
Суми	147	0,90	0,00–2,70
Чернівці	145	0,52	0,00–1,70
Луганськ	150	0	-
Ужгород	148	0	-
Харків	300	0	-

Найбільшу ймовірність інфікування ВІЛ серед ЖКС визначає факт споживання ін'єкційних наркотиків. Так, поширеність ВІЛ серед ЖКС, які за практикою своєї поведінки можуть бути віднесені до СІН² (далі – ЖКС-СІН), становить 40,5% (д.і. 35,77% – 45,23%). Для порівняння: поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС, які ніколи не вживали наркотики, становить 6,4% (д.і. 5,64% – 7,16%).

Інфікованість ВІЛ представників ЖКС віком до 25 років складала 3,6%, 25 років і старші – 14,6%.

Аналіз динаміки поширеності ВІЛ серед ЖКС за даними досліджень 2007–2011 рр. свідчить про нерівномірне поширення ВІЛ в регіонах (табл. 3, 4).

Таблиця 3

Порівняння результатів дозорних досліджень серед жінок комерційного сексу в 2007 та 2009 (2008) рр.³, %

Міста	2007			2009 (2008*)		
	Поширеність ВІЛ серед усіх ЖКС	Поширеність ВІЛ серед ЖКС у віці до 25 р.	Поширеність ВІЛ серед ЖКС не СІН	Поширеність ВІЛ серед усіх ЖКС	Поширеність ВІЛ серед ЖКС у віці до 25 р.	Поширеність ВІЛ серед ЖКС не СІН
Донецьк	32,2	38,4	13,3	39,0	40,0	32,0
Луцьк	11,8	10,5	2,7	0*	0*	0*
Миколаїв	26,0	23,5	22,1	24,0*	3,3*	11,5*
Полтава	28,0	27,6	14,5	19,3	9,5	6,1
Сімферополь	10,0	14,3	3,8	25,0	18,8	6,7
Херсон	7,0	10,4	3,5	11,08	6,8*	2,9*

Таблиця 4

Порівняння результатів дозорних досліджень серед жінок комерційного сексу в 2010 та 2011 рр., %

Міста	2010			2011		
	Поширеність ВІЛ серед усіх ЖКС	Поширеність ВІЛ серед ЖКС у віці до 25 р.	Поширеність ВІЛ серед ЖКС не СІН	Поширеність ВІЛ серед усіх ЖКС	Поширеність ВІЛ серед ЖКС у віці до 25 р.	Поширеність ВІЛ серед ЖКС не СІН
Донецьк	36,0	11,8	15,1	38,2	14,3	4,0
Луцьк	10,0	0	6,3	2,3	1,6	2,3
Миколаїв	-	-	-	6,2	0	4,4
Полтава	10,0	4,3	0	23,0	5,3	18,4
Сімферополь	9,0	-	9,0	3,3	5,3	4,1
Херсон	7,0	6,0	3,6	9,4	4,5	4,9

Висока інфікованість ВІЛ жінок комерційного сексу в Україні пояснюється активною участю жінок-СІН у секс-бізнесі. Однак, з точки зору можливості генералізації епідемії ВІЛ-інфекції в країні, шлях інфікування ЖКС не має великого значення, оскільки ризик інфікування клієнтів жінок секс-бізнесу не залежить від шляху інфікування представниць цих послуг.

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

У 2011 р. інтегроване біоповедінкове дослідження серед ЧСЧ було проведено в 27 містах України⁴. Частка ВІЛ-позитивних ЧСЧ серед сукупної вибірки складала 6,4 % (д.і. 2,4 – 10,4 %).

² ЖКС, які повідомили, що за останні 12 місяців хоча б один раз вживали наркотики ін'єкційним шляхом.

³ Для порівняння даних щодо поширеності ВІЛ серед ЖКС наводяться результати дозорних досліджень в тих містах, де епідагляд проводився як в 2007, так і в 2009 (2008) рр.

⁴ Дозорний епідагляд за ВІЛ проведений в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління». Дослідження проводилось Центром соціальних експертиз Інституту соціології НАН України у співпраці з Українським центром СНІД МОЗ України та НУО, за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Для проведення дослідження застосовувались методики RDS та TLS.

Результати дозорних досліджень серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, в 2011 р.

Міста	Кількість тестувань	Поширеність ВІЛ, %	Довірчі інтервали
Донецьк	400	20,0	14,5–25,7
Одеса	400	16,1	1–23,1
Житомир	150	10,9	2,4–23
Луганськ	200	9,6	2,1–21,2
Хмельницький	150	8,0	4–11,7
Севастополь	150	7,3	4–11,7
Київ	400	6,9	4–10,1
Львів	250	6,8	3,5–10,6
Івано-Франківськ	150	6,4	1–14,8
Вінниця	150	6,1	2,2–10,6
Суми	200	5,6	1,7–10
Херсон	250	5,5	2,9–8,9
Ужгород	150	5,3	1,6–9,6
Запоріжжя	200	4,9	2,5–7,2
Дніпропетровськ	350	4,8	2,3–7,9
Харків	300	4,8	2,3–7,3
Кіровоград	150	3,6	1–9,1
Луцьк	150	3,3	0–3,9
Черкаси	250	2,9	1,3–4,7
Сімферополь	200	2,7	1,2–4,7
Чернівці	150	2,6	0,2–6,6
Кривий Ріг	150	2,0	0–5,6
Миколаїв	400	2,0	0,05–4
Рівне	150	1,7	0,5–3,5
Тернопіль	150	1,4	0,4–2,8
Чернігів	150	1,4	0,4–2,9
Полтава	200	0	0

Інфікованість ВІЛ представників ЧСЧ віком до 25 років складала 4,2%, 25 років і старші – 7,8%.

За офіційними даними 2011 р. серед нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції відсоток ЧСЧ склав лише 0,7% (143 особи).

З огляду на той факт, що результати дозорного епідагляду не збігаються з офіційними даними, тобто результати досліджень демонструють високий рівень інфікування серед ЧСЧ в регіонах, в тому числі в регіонах з традиційно низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, епідемічна ситуація в групі ЧСЧ потребує більш ретельного та регулярного моніторингу.

Показник 1.21 «Відсоток засуджених, які живуть з ВІЛ»

У 2009 р. в Україні вперше в рамках ДЕН вивчали поширеність ВІЛ серед засуджених. За даними дослідження 2009 р., показник інфікованості ВІЛ становив 15% (д.і. 13% – 17%).

У 2011 р.⁵ дослідження поширеності ВІЛ серед засуджених було проведено вдруге у тих самих установах, з використанням методології та розміру вибірки попереднього дослідження. Показник інфікованості ВІЛ за цей період часу практично не змінився – 13,7% (д.і. 11,8% – 15,6%).

Питома вага ВІЛ-позитивних осіб в тій чи іншій колонії пов'язана, насамперед, з кількістю споживачів ін'єкційних наркотиків, які утримуються в даній установі. Рівень поширеності ВІЛ серед засуджених у 2011 році, які мали досвід вживання наркотичних речовин, становить 22,9% (д.і. 19,5% – 26,7%), серед тих, хто ніколи не вживав наркотиків – 8,1% (д.і. 6,0% – 10,5%).

Результати дослідження майже збігаються з даними офіційної статистики, а саме сероепідеміологічного моніторингу, котрі визначають інфікованість ВІЛ серед осіб, які перебувають в установах пенітенціарної служби, на рівні 10,4%.

⁵ Дозорний епідагляд за ВІЛ проведений в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поінформованості, поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед засуджених як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління». Дослідження проводилось ГО «Український інститут соціальних досліджень імені О. Яременка» спільно з Державною пенітенціарною службою України та у тісній співпраці з ДУ «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України» за технічної підтримки Управління ООН з наркотиків та злочинності (UNODC). Дослідження проводилось у 24 виправних (в т.ч. чотирьох жіночих) і двох виховних колоніях. Вибірка дослідження складала 1 300 осіб.

Довірчі інтервали при визначенні ВІЛ-інфекції в установах виконання покарань у 2011 р. не визначались тому, що вибірка по сайтам дорівнювала 50 осіб.

Таблиця 6

Поширеність ВІЛ-інфекції в установах виконання покарань у 2011 р.

Регіон/Область	Сайт, №	Кількість обстежених	Відсоток ВІЛ +
АР Крим	1	50	52,0
	2	50	8,0
Донецька	1	50	10,0
	2	50	6,0
Миколаївська	1	50	8,0
	2	50	16,0
Харківська	1	50	26,0
	2	50	12,0
	3	50	0,0
Черкаська	1	50	14,0
	2	50	10,0
Одеська	1	50	22,0
	2	50	34,0
	3	50	16,0
Полтавська	1	50	2,0
	2	50	2,0
	3	50	2,0
Житомирська	1	50	8,0
	2	50	14,0
Луганська	1	50	2,0
	2	50	6,0
Львівська	1	50	10,0
	2	50	4,0
Тернопільська	1	50	32,0
	2	50	0,0
Чернігівська	1	50	40,0

Інфікованість ВІЛ ув'язнених у віці до 25 років склала 6,4%, 25 років і старші – 17,3%. Інфікованість жінок (33,0%) більш ніж у 3 рази перевищувала інфікованість чоловіків (10,1%), але ця різниця в значній мірі обумовлена тим, що питома вага СІН серед жінок була вище, ніж серед чоловіків.

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

Показник поширеності ВІЛ розраховувався, базуючись на результатах тестування крові СІН із застосуванням швидких тестів у 26-ти територіальних одиницях. Були протестовані 9 069 осіб. Рівень поширеності ВІЛ у 2011 р. склав 21,5% (д.і. 20,6 – 22,8). У 2008 та 2009 рр.⁶ рівень поширеності ВІЛ дорівнював 22,9% (д.і. 21,9% – 23,9%)⁷.

Наведені у таблиці 7 дані підтверджують чіткі географічні відмінності рівня поширеності ВІЛ серед СІН. Традиційно високі показники рівня поширеності ВІЛ є в містах Миколаїв, Дніпропетровськ та Чернігів. Найменш низький рівень поширеності ВІЛ в цій групі було відмічено в містах Чернівці, Суми та Ужгород. У 2011 р. інфікованість чоловіків-СІН дорівнювала 20,8%, жінок-СІН – 23,6%.

Таблиця 7

Поширеність ВІЛ серед СІН, за даними досліджень 2011 р.

Міста	Кількість тестувань	Поширеність ВІЛ, % ⁸	Довірчий інтервал
Миколаїв	500	40,2	25,1–45,9
Дніпропетровськ	499	33,4	28,1–39,2
Чернігів	349	33,1	27,2–38,9

⁶ Дозорний епідагляд за ВІЛ проведений в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління». Дослідження проводилось Українським інститутом соціальних досліджень ім. О.О. Яременка у співпраці з ДУ «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України» та НУО за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

⁷ Розрахунок показника відбувався в SPSS за допомогою вагів, побудованих за віком, експортованих з RDSAT.

⁸ Розрахунок показника відбувався в SPSS за допомогою вагів, побудованих за віком, експортованих з RDSAT.

Міста	Кількість тестувань	Поширеність ВІЛ, % ⁸	Довірчий інтервал
Хмельницький	350	33,7	28,7–40,4
Одеса	500	32,0	27,9–36,4
Львів	250	27,6	21,7–34,1
Донецьк	501	20,9	16,6–25,5
Біла Церква	299	27,7	18,5–37,4
Полтава	350	22,8	17,1–28,4
Черкаси	356	26,2	21,4–31,0
Херсон	351	28,4	23,1–34,2
Житомир	350	19,0	14,9–23,1
Сімферополь	500	22,6	18,8–26,4
Луцьк	352	18,0	13,7–23,5
Івано-Франківськ	250	16,9	11,3–22,4
Київ	508	25,8	17,4–33,1
Вінниця	350	13,0	9,2–16,9
Кіровоград	350	9,0	4,9–13,2
Харків	353	8,4	5,3–12,0
Рівне	350	9,2	6,1–12,6
Тернопіль	200	17,2	8,7–24,9
Запоріжжя	200	5,8	2,0–10,4
Луганськ	251	2,4	1,1–3,9
Чернівці	200	3,7	1,3–6,6
Суми	350	4,2	2,1–6,7
Ужгород	200	1,3	4,0–2,6

Наведені дані свідчать, передусім, що інфікованість ВІЛ серед СІН залишається надзвичайно високою. Проте можна відмітити певні позитивні зміни щодо поширеності ВІЛ-інфекції у цій групі.

За рекомендаціями ЮНЕЙДС і ВООЗ, інфікованість ВІЛ серед молодших вікових груп достатньо точно відображає рівень нових випадків зараження. Крім того, для виявлення тенденції нових випадків зараження ВІЛ серед СІН рекомендовано розраховувати показник інфікованості ВІЛ серед осіб зі стажем вживання ін'єкційних наркотиків 2 роки включно. Інфікованість ВІЛ представників даної групи ризику віком до 25 років складала 7,1%, 25 років і старші – 24,4%.

Порівняння даних 2007, 2009 рр. (або 2008 р., залежно від того, в якому з цих років проводилося дослідження у певному місті) та 2011 р. вказує на певні ознаки покращення епідемічної ситуації серед СІН. Що стосується виявлення цієї тенденції серед молодих СІН та серед тих, хто почав вживати ін'єкційні наркотики нещодавно, в окремих містах, то вона не є переконливою, можливо внаслідок невеликої кількості цього контингенту в кожному сайті (табл. 8 та 9).

Таблиця 8

Порівняння результатів дозорних досліджень серед споживачів ін'єкційних наркотиків 2007 та 2009 (2008) рр., %

Міста	Інфікованість всіх СІН		Інфікованість СІН за стажем вживання наркотиків до 2-х років		Інфікованість СІН до 25 років	
	2007	2009 (2008*)	2007	2009 (2008*)	2007	2009 (2008*)
Миколаїв	42,5	55,2	8,2	0	21,3	22,5
Одеса	55,2	36,8*	50	21,4*	53,1	33,3*
Донецьк	41,4	33,2*	31,3	12,5*	30	9,1*
Херсон	31,6	26,7*	34,3	10,3*	32,4	20*
Сімферополь	42,8	25,1	22,1	25	44,1	37,5
Полтава	24,4	23,7*	22,6	7,7*	22,2	18,2*
Київ	12,7	23,2	-	0	14,6	4,8
Дніпропетровськ	16,4	22,7	-	14,3	-	15,2
Черкаси	26	12,1	6,3	9,7	12,8	13,3
Харків	17,3	10,6*	9,1	3,9*	5,3	1,4*

Результати дозорних досліджень серед споживачів ін'єкційних наркотиків у 2011 р., %

Міста	Інфікованість всіх СІН	Інфікованість СІН за стажем вживання наркотиків до 2-х років	Інфікованість СІН до 25 років
Миколаїв	43,8	17,6	27,3
Одеса	31,6	6,4	3,4
Донецьк	28,5	0,7	3,6
Херсон	25,6	0,9	13,5
Сімферополь	20,8	8,6	9,0
Полтава	27,7	0,0	4,5
Київ	18,1	0,0	9,5
Дніпропетровськ	41,3	6,3	16,1
Черкаси	25,8	0,0	5,8
Харків	10,2	4,6	2,4

Отримані результати дозорних досліджень у 2009 р. узгоджуються з даними рутинного епідеміологічного нагляду щодо стабілізації епідемії серед СІН. Проте, дана група ризикованої поведінки залишається найбільш ураженою відносно ВІЛ та є основним джерелом збудника, що підтримує епідемічний процес ВІЛ-інфекції в Україні.

Показник 4.2 «Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії»

Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, за звітний період з 01.01.2011 р. по 31.12.2011 р. становить 82,29 % (продовжує отримувати лікування 5 993 особи з 7 282 осіб, які розпочали лікування в когорті 2010 року).

Серед тих, хто не отримує лікування через 12 місяців після його початку в когорті 2010 року, – 576 осіб померли та 713 осіб припинили лікування (з різних причин).

Для підрахунку зазначеного показника використані дані тимчасової галузевої статистичної форми обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІД № 57 (таблиця 3000) Міністерства охорони здоров'я України «Звіти про дорослих та дітей, які розпочали АРТ у когорті та лікуються 6, 12, 24 та 36 міс., за січень-грудень місяці 2011 року», когорти 2010 року.

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 01.01.2012 р. 17 % пацієнтів отримували лікування за кошти Глобального Фонду (6 раунд), 83% – за кошти Державного бюджету України.

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 та боротьби зі СНІД. В результаті цього до 2009 року спостерігалось поступове збільшення даного показника (2007 р. – 77,6%, 2008 р. – 82%, 2009 р. – 85%). Разом з тим, темпи збільшення фінансування Загальнодержавної програми та спроможності центрів профілактики та боротьби зі СНІД не встигають за темпами приросту пацієнтів, які потребують лікування. Охоплення ВІЛ-інфікованих осіб антиретровірусною терапією та її супровід є недостатніми, тому з 2010 р. спостерігалось його зниження (2010 р. – 84%, 2011 р. – 82,3%).

У структурі причин вибуття з АРТ протягом перших 12 місяців від початку терапії в когортах 2004–2007 років переважала смерть, зумовлена пізнім призначенням АРТ, починаючи з когорти 2008 року, в структурі вибуття з АРТ переважає переривання АРТ з різних причин, передусім – немедичних.

На сьогодні необхідним є вдосконалення стратегії надання послуг з лікування, а саме децентралізації надання антиретровірусного лікування, швидкого розширення програм замісної терапії, а також ефективної профілактики, діагностики та лікування туберкульозу у людей, які живуть з ВІЛ.

Показник 4.2 (а) «Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії»

Відсоток СІН із ВІЛ-інфекцією/СНІД, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, за звітний період з 01.01.2011 р. по 31.12.2011 р. становить 73,24 % (продовжує отримувати лікування 1 051 осіб з 1 435 осіб, які розпочали лікування в когорті 2010 року).

Для підрахунку зазначеного показника використано оперативну інформацію від регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІД на основі даних первинної облікової форми № 510-3/о «Журнал реєстрації хворих, які перебувають на АРТ у лікувальному закладі». Звітних форм для визначення даного показника на національному рівні немає. Дані щодо причин припинення терапії серед СІН в когорті 2010 року не збираються.

Оскільки Україна вперше звітує за цим показником, провести порівняння з даними минулого року неможливо. Відсоток СІН із ВІЛ-інфекцією/СНІД, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, є суттєво нижчим за відповідний показник серед усіх осіб, які отримують АРТ. Це свідчить про необхідність посилення співпраці між закладами охорони здоров'я та неурядовими організаціями для забезпечення вчасного та повного доступу до медичних послуг і формування та підтримання прихильності до АРТ у СІН, а також подальшого розширення програми замісної підтримувальної терапії (далі – ЗПТ) в Україні.

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 01.01.2011 р. по 31.12.2011 р. становить 70,77 % (продовжує отримувати 1 433 особи з 2 025 осіб, які розпочали лікування в когорті 2006 року).

Серед тих, хто не отримує лікування через 60 місяців після його початку в когорті 2006 року – 325 осіб померли та 267 осіб припинили лікування з різних причин.

Для підрахунку зазначеного показника використано дані тимчасової галузевої статистичної форми обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІД № 57 (таблиця 3000 цієї форми) Міністерства охорони здоров'я України «Звіти про дорослих та дітей, які розпочали АРТ у когорті та лікуються 6, 12, 24 та 36 міс. за січень-грудень місяці 2011 року», когорта 2006 року.

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. Тому спостерігається підвищення даного показника у 2011 р. (в когорті 2006 року) порівняно з 2009 р. (в когорті 2004 року – 65%) та 2010 р. (в когорті 2005 року – 68%).

Показник 4.2 (d) «Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії»

Відсоток СІН із ВІЛ-інфекцією/СНІД, які отримують лікування через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії, за звітний період з 01.01.2011 р. по 31.12.2011 р. становить 61,71 % (продовжує отримувати 448 осіб з 726 осіб, які розпочали лікування в когорті 2006 року).

Для підрахунку зазначеного показника використано оперативну інформацію від регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІД на основі даних первинної облікової форми № 510-3/о «Журнал реєстрації хворих, які перебувають на АРТ у лікувальному закладі». Звітних форм для визначення даного показника на національному рівні немає. Дані щодо причин припинення терапії серед СІН в когорті 2010 року не збираються.

Оскільки Україна вперше звітує за даним показником, провести порівняння з даними минулих років неможливо. Відсоток СІН із ВІЛ-інфекцією/СНІД, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії, є суттєво нижчим за відповідний показник серед усіх осіб, які отримують АРТ. Це свідчить про необхідність посилення співпраці між закладами охорони здоров'я та неурядовими організаціями для забезпечення вчасного та повного доступу до медичних послуг і формування та підтримання прихильності до АРТ у СІН, а також подальшого розширення програми ЗПТ в Україні.

Показник 3.3 «Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини»

Реалізація національної стратегії програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (далі – ППМД) – це єдине профілактичне втручання в Україні, що охопило більшу частину своєї цільової групи високоякісними заходами, а також зробило значний внесок у зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини.

Починаючи з 2001 року, Україна досягла прогресу у сфері ППМД, показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини знизився майже у 6 разів – з 27,8% у 2001 р. до 4,7% у 2009 р. (рис.4).

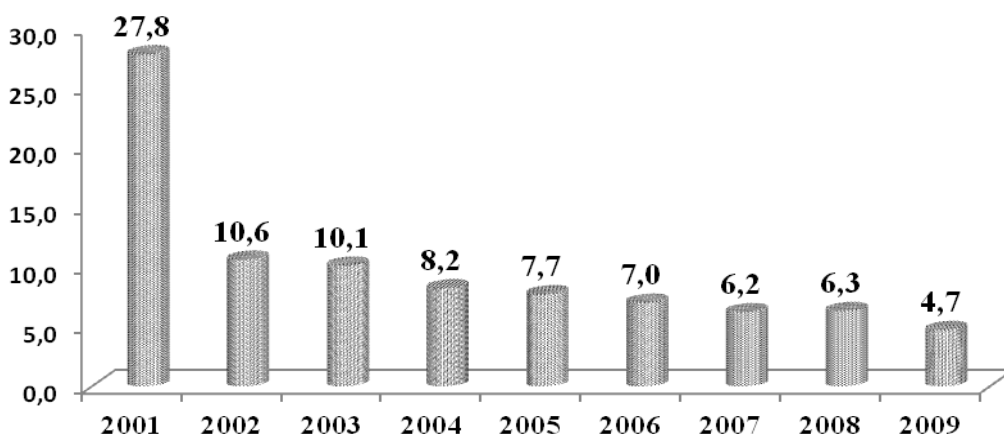


Рис 4. Динаміка рівня передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, %

У 2009 р. від ВІЛ-інфікованих матерів народилося 3 857 дітей, з них: 169 дітям встановлено діагноз ВІЛ-інфекції методами серологічної діагностики (імуноферментний аналіз, імунний блотинг) при досягненні 18-місячного віку; 3 447 дітей знято з диспансерного нагляду у зв'язку з відсутністю ВІЛ-інфекції; 241 дитина залишилася у стадії підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції з причин відмови батьків від обстеження дитини, смерті дитини з невідомим ВІЛ-статусом та зміною місця проживання.

Серед 169 ВІЛ-інфікованих дітей 150 (88,8%) новонародженим проведено АРВ-профілактику, 155 (91,7%) – перебували на штучному вигодовуванні одразу після народження.

Аналіз даних щодо заходів ППМД, проведених серед матерів ВІЛ-інфікованих дітей, показав, що 129 (76,3%) жінок отримали АРВ-профілактику, з них 17 (13,2%) – лише в пологах. У 152 (89,9%) породіль розродження здійснилося мимовільно (через природні пологові шляхи), у 15 (8,9%) – шляхом елективного кесаревого розтину, у 2 (1,2%) – шляхом термінового кесаревого розтину (за акушерськими показаннями).

Серед матерів ВІЛ-інфікованих дітей 9,0% жінок активно вживали ін'єкційні наркотики під час вагітності, 12,4% – мали III–IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції на момент пологів.

Для досягнення рівня передачі ВІЛ від матері до дитини 2%, як цільового індикатора Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, та цілі 3 стратегії ЮНЕЙДС на 2011–2015 роки «Виключити передачу ВІЛ від матері до дитини до 2015 року і суттєво знизити материнську смертність від СНІДу» необхідно подальше удосконалення епідеміологічного нагляду за випадками інфікування ВІЛ у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, що надасть можливість отримати більш поглиблену інформацію щодо впливу факторів ризику на показник «рівень передачі ВІЛ від матері до дитини» на сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в країні, а також дасть змогу розробити ефективні заходи попередження вертикальної передачі ВІЛ в Україні.

РОЗДІЛ III. НАЦІОНАЛЬНА ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Стратегія боротьби з ВІЛ/СНІД є одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку в Україні. Уряд України взяв на себе ряд стратегічних зобов'язань і спільно з міжнародними та неурядовими організаціями докладає багато зусиль для їх виконання і подолання епідемії ВІЛ-інфекції в країні.

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.
- Ціль 2. Знизити рівень передачі ВІЛ внаслідок споживання ін'єкційних наркотиків у два рази до 2015 року.
- Ціль 3. Виключити передачу ВІЛ від матері до дитини до 2015 року і суттєво знизити материнську смертність від СНІД.
- Ціль 4. Надати антиретровірусне лікування 15 мільйонам людей, які живуть з ВІЛ, до 2015 року.
- Ціль 5. Знизити кількість смертей від туберкульозу серед людей, які живуть з ВІЛ, на 50% до 2015 року.
- Ціль 6. Досягнути значного рівня глобальних річних витрат (22–24 млрд. дол. США) в країнах із низьким та середнім рівнем доходів.
- Ціль 7. Вирішальні допоміжні фактори та спільні зусилля із секторами розвитку.

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 статевої передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про шляхи передачі ВІЛ»

У 2011 році відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про шляхи передачі ВІЛ, становив **39,9%**⁹. Цей показник розраховувався на основі відповідей респондентів на п'ять запитань.

Суттєвої різниці у значеннях цього показника в 2011 році залежно від статі молодих людей не виявлено: серед жінок **37,7%** респондентів правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ та знають, як вона не передається, серед чоловіків – **42%**. Серед молодих чоловіків у віці 15–19 років цей показник становить **35,2%**, а серед вікової категорії 20–24 роки – **47,5%**, але ці розбіжності не є статистично значимими. Серед жінок віком 15–19 років значення показника сягає **38,9%**, а серед вікової категорії 20–24 роки – **36,9%** (різниця, як і у випадку з чоловіками, не є статистично значимою). При цьому, варто відзначити, що у Національних звітах з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД 2006–2007 рр. і 2008–2009 рр. значення показника 1.1 складало 40%.

Щодо типу поселення (місто/село), то існують не суттєві, статистично не значимі розбіжності у відповідях опитаних. Так, серед мешканців міст **41,5%** респондентів правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, а серед сільських жителів – **36,6%**.

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 сексуальні стосунки лише з одним постійним ВІЛ-негативним партнером, знають **88,7%** опитаних молодих людей (серед жінок – **88,8%**, серед чоловіків – **88,7%**). Спостерігається різниця у відповідях на запитання про цей шлях запобігання передачі ВІЛ між віковими групами респондентів жіночої статі: **86,1%** (15–19 років) та **90,6%** (20–24 роки), відповідно, що вказує на необхідність посилення профілактичної роботи, насамперед, серед учнівської молоді.

Використання презерватива під час кожного статевого акту як шлях запобігання статевої передачі ВІЛ визначили **88,2%** 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 віці 20–24 роки: **84,3%** та **88,8%** відповідно. У 2009 році цей показник складав 91%, тобто можна говорити про незначне погіршення рівня обізнаності щодо цього шляху запобігання передачі ВІЛ.

Із твердженням, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ-інфекцію, погодились **84,4%** респондентів (**82,8%** жінок та **85,9%** чоловіків). У 2009 році значення цього показника було 84%.

Твердження, що людина може інфікуватися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною, визнали хибним **72,8%** респондентів (**72,4%** жінок та **73,1%** чоловіків). За результатами опитування можна спостерігати незначні розбіжності як між чоловіками та жінками вікової категорії 15–19 років, так і у віці 20–24 роки. Також треба відмітити, що у 2009 році частка молодих людей, які визнали це твердження хибним, була дещо меншою – 66%.

З тим, що людина може інфікуватися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною, не погодились лише **62,9%** опитаних молодих людей (**59,7%** серед жінок і **64,3%** серед чоловіків). У 2009 році відсоток осіб, які вірно відповіли на це запитання, складав 65%.

⁹ Результати національного репрезентативного соціологічного опитування населення України віком 15–49 років, проведеного ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» у період з 23.11.2011 по 05.01.2012 р. Загальна кількість опитаних становить 2003 респонденти в усіх територіально-адміністративних регіонах України (АР Крим, 24 області та м. Київ та Севастополь) і типах населених пунктів.

Таким чином, можемо констатувати, що з 2007 року значення показника не змінилось, і залишається на рівні **40%**. Треба відмітити, що в рамках виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД цільове значення цього показника на 2010 рік становило 95%. Виходячи з вищевикладеного, необхідним є проведення на національному та регіональному рівнях 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»

Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років, у 2011 р. становив **6,7%**¹⁰ (похибка репрезентативності показника становить **2,6%**).

Значення цього показника серед чоловіків складає **10,2%**, серед жінок – **3,0%**; серед чоловіків у віці 15–19 років – **12,0%** та у віці 20–24 роки – **8,9%**; серед жінок у віці 15–19 років – **4,6%** та у віці 20–24 роки – **1,9%**. Частина респондентів намагалися давати соціально бажані відповіді – применшуючи кількість своїх сексуальних партнерів і заперечуючи наявність випадкових, комерційних контактів або, навпаки, перебільшували свій сексуальний досвід. Останнє було більш характерно для молодих чоловіків.

Щодо типу місцевості проживання опитаних, то суттєвої розбіжності у відповідях не спостерігається. Так **6,4%** мешканців міст у віці 15–24 роки відзначили про початок статевого життя до 15 років та **7,4%**, відповідно, жителів сільської місцевості.

Значення показника 1.2 у 2007 році складало 5,1%, у 2009 році – 2,4%. Варто зазначити, що в 2009 році була змінена методика постановки запитання про час початку статевого життя. У 2007 році інтерв'юер безпосередньо ставив запитання респонденту (особисте інтерв'ю), тоді як у 2009 і 2011 роках, з огляду на високу чутливість подібних запитань, блок анкети про сексуальні практики передавався респондентам для самостійного заповнення (без участі інтерв'юєрів). Заповнення самостійно респондентами блоків запитань стосовно сексуальних практик, з однієї сторони, стало ефективним методом попередження відмов респондентів від участі в опитуванні, з іншої – застосування цього методу призвело, в окремих випадках, до порушення логіки у відповідях респондентів.

Питання, які є дуже інтимними, викликали у багатьох респондентів незадоволення. Респонденти часто відмовлялися заповнювати ці блоки анкети навіть самостійно або соромилися відповідати інтерв'юєру на зазначені питання.

У будь-якому разі, варто зазначити, що робота щодо формування культури статевої 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 2011 році становив **9,7%**¹¹. Спостерігається суттєве зменшення цього показника порівняно з 2009 роком – 14,9% та 2007 роком – 13,8%.

Частка жінок які повідомили про наявність більше ніж одного статевого партнера, майже втричі менша ніж частка чоловіків – 4,6% та 14,9%, відповідно. Аналогічна ситуація була зафіксована і в 2009 році: 7% і 23%, 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 **30,9%**, а серед осіб віком 15–19 років – **21,6%** та 25–49 років – **10,3%**. Серед жінок у віці 20–24 роки цей показник складає **5,0%**, а серед осіб віком 15–19 років – **3,7%** та 25–49 років – **4,6%**.

Щодо типу поселення (місто/село), то розбіжності у відповідях не суттєві та статистично не значимі. Так, серед мешканців міст значення показника 1.3 складало **9,9%**, а серед сільських жителів – **9,2%**.

Таким чином, найбільш активне статеве життя ведуть молоді чоловіки вікових груп 20–24 роки (**30,9%**) і 15–19 років (**21,6%**). Тому чоловіки саме цих вікових груп потребують більшої уваги щодо охоплення спеціальними профілактичними програмами.

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 презерватива 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 підтверджують використання презервативу під час останнього статевого акту, в 2011 році становив **63,9%**¹².

Серед чоловіків значення показника становить **68,2%**, серед жінок – **50,0%**. Серед чоловіків у віці 15–19 років та 20–24 роки цей показник майже однаковий і складає **85,2%** та **85,4%**, відповідно, а у віці 25–49 років є нижчим – **50,7%**.

Серед жінок у віці 25–49 років значення показника складає **50,0%**. Для проведення надійних статистичних розрахунків показника серед жінок вікових категорій 15–19 років і 20–24 роки обсяги вибірки виявилися не репрезентативними.

¹⁰ Результати національного репрезентативного соціологічного опитування населення України віком 15–49 років, проведеного ГО «Аналітичний центр «Соціоконсалтинг» у період з 23.11.2011 по 05.01.2012 р. Загальна кількість опитаних становить 2003 респонденти в усіх територіально-адміністративних регіонах України (АР Крим, 24 області та м. Київ та Севастополь) і типах населених пунктів.

¹¹ Там само.

¹² Там само.

Щодо типу поселення (місто/село), то існують суттєві розбіжності у відповідях опитаних. Так, серед мешканців міст цей показник нижче ніж серед сільських жителів – **61,2%** і **70,9%**, відповідно.

Значення показника 1.4 у 2007 році складало **71,9%**, у 2009 році – **60,6%**. Ми припускаємо, що в 2007 році, з огляду на чутливість запитання, могли бути отримані дещо завищені оцінки. Натомість, у 2009 та 2011 роках отримані дані мають більш точно відображати реальний стан, оскільки застосовувалася методика, що більшою мірою враховує чутливість запитання.

Протягом 2009–2011 років значення показника 1.4 залишилося майже на одному рівні – 61,0% і 63,9%, різниця показників є статистично не значимою, похибка репрезентативності показника становить 6,9%.

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 2011 р. становив **12,4%**.

Цей показник розраховувався з використанням даних національного репрезентативного соціологічного опитування населення України віком 15–49 років. Загальна кількість опитаних становить 2 003 респондента в усіх територіально-адміністративних регіонах України та типах населених пунктів.

Значення показника 1.5 у 2011 році статистично значущо відрізняється від даних 2009 року – 13,1% та даних 2007 року – 15,5%, завдяки проведенню більш якісного дослідження з доопрацюванням блоку запитань, які дали змогу більш точно, порівняно з попередніми опитуваннями, з'ясувати, як респонденти розуміють поставлені запитання.

Запитання щодо проходження тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців було поставлено після «вступного» запитання щодо проходження тестування на ВІЛ протягом життя, взагалі. Також, у дослідження були включені «контрольні» запитання, що уточнювали, коли саме респондент обстежувався на наявність ВІЛ-інфекції.

Знання свого ВІЛ-статусу є критично важливим щодо захисту себе та запобігання інфікуванню інших людей, а також для прийняття рішення щодо лікування.

Контроль за поширенням ВІЛ в Україні з 1998 р. проводиться на засадах добровільного обстеження всіх груп населення. Саме в 1998 р. в Україні було прийнято нову редакцію Закону про СНІД, в якому, зокрема, декларувалася усвідомлена добровільність тестування на ВІЛ-інфекцію, що відповідає міжнародним актам з прав людини та рекомендаціям ВООЗ.

У грудні 2010 р. до існуючого Закону України було внесено зміни і прийнято нову редакцію, зокрема щодо забезпечення державних гарантій, а саме «доступності та належної якості тестування з метою виявлення ВІЛ-інфекції, у тому числі анонімного, з наданням попередньої та подальшої консультативної допомоги, а також забезпечення безпеки тестування для обстежуваної особи та персоналу, який його проводить».

З метою удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію в 2005 р. наказом МОЗ України було затверджено низку документів, які поліпшили ефективність використання в країні наявних ресурсів для попередження поширення ВІЛ, розширення доступності добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію для різних груп населення у кожному територіально-адміністративному регіоні.

На виконання завдань і заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки, у 2009 р. наказом МОЗ України затверджено Стратегію удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та стандартизованої лабораторної діагностики, а в 2010 р. наказом МОЗ України затверджено перелік захворювань, симптомів та синдромів, при яких пацієнту пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування при зверненні за медичною допомогою в заклади охорони здоров'я незалежно від підпорядкованості та рівнів надання медичних послуг.

На сьогодні КіТ є ключовим компонентом програм профілактики, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД. В країні діє розгалужена мережа кабінетів «Довіра» та кабінетів, що надають послуги КіТ (всього 761).

Згідно з результатами опитування 2011 р., частка осіб у віці 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають результат тесту, становить **12,4%**, серед жінок – **15,0%**, серед чоловіків – **9,8%**, серед мешканців міст – **13,6%**, серед мешканців сільської місцевості – **9,7%**. 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. Наприклад, рівень охоплення тестуванням на ВІЛ вагітних в Україні в 2010 р. складав 97,5%. Більш високий рівень тестування міського населення, ніж сільського, пояснюється розвитком інфраструктури. КіТ найбільш якісно надається центрами профілактики та боротьби зі СНІД, які розташовані у містах.

Серед мешканців України у віці 15–19 років значення показника складає **11,2%**, у віці 20–24 роки – **16,0%**, у віці 25–49 років – **11,8%**.

Серед жінок у віці 15–19 років значення показника складає **13,0%**, у віці 20–24 роки – **22,5%**, у віці 25–49 років – **13,6%**. Значення показника у віковій групі 20–24 роки значущо відрізняється у зв'язку з тим, що у цієї вікової категорії найбільша кількість вагітних.

Серед чоловіків у віці 15–19 років значення показника становить **9,6%**, у віці 20–24 роки – **9,5%**, у віці 25–49 років. – **10,0%** (різниця статистично незначущі).

Співставлення даних, отриманих при проведенні соціологічних досліджень, з даними офіційної статистики свідчить про те, що дані соціологічних досліджень завищені. Це може бути пов'язано з тим, що респонденти надавали «соціально бажані» відповіді.

Разом з тим, отримані результати демонструють доволі високий рівень тестування на ВІЛ-інфекцію серед загального населення у 2011 р.

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

Відсоток жінок комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції у 2011 році, становив **61,2%**¹³. У 2007 році значення показника склало 69,0%, у 2009 році – 59%.

Показник розраховувався на основі відповідей ЖКС на два запитання: «Чи знаєте Ви куди звернутись, якщо хочете пройти тестування на ВІЛ?» та «Чи отримували Ви презервативи протягом останніх 12 місяців?».

Значення показника серед ЖКС у віці 25 років і старші порівняно з ЖКС у віці до 25 років різняться майже на 10% і складає відповідно **65,0%** та **55,0%**.

Результати опитування засвідчили, що **91,1%** ЖКС знають про місце звернення для тестування на ВІЛ-інфекцію, у 2009 році цей показник складав 89%. Відсоток ЖКС у віці до 25 років, які знають, де можна пройти тестування на ВІЛ, є меншим, порівняно із жінками комерційного сексу у віці 25 років і старші – **88,3%** і **92,9%**, відповідно.

Про факт отримання презервативів протягом останніх 12 місяців повідомили **64,2%** ЖКС, у 2009 році цей відсоток склав 61,0%. Як і в попередньому питанні, були зафіксовані розбіжності за віком. Так, серед ЖКС у віці до 25 років значення показника становило **59,2%**, а у віці старше 25 років – **67,3%**.

У 2011 році 54 неурядові організації (НУО) надавали послуги з профілактики ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСП) для ЖКС у всіх регіонах України, у рамках діяльності яких кожний клієнт отримав базовий пакет послуг. У вересні 2011 року було успішно завершено виконання таких проектів за моделлю «Втручання силами рівних» у семи містах України.

Водночас, за даними програмного моніторингу рівень охоплення ЖКС профілактичними послугами є значно нижчим, ніж за даними опитування, проте зростає щорічно. Так, у 2007 році частка охоплених профілактичними програмами ЖКС складала 9%, у 2008 році – 15%, у 2009 році – 36%, у 2010 – 37%, а на кінець 2011 року становила **40,3%**¹⁴.

Таким чином, за результатами біоповедінкових досліджень, що були проведені протягом останніх років, та даними програмного моніторингу спостерігається позитивна динаміка зростання охоплення ЖКС профілактичними програмами.

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

Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу під час статевого контакту з останнім клієнтом, у 2011 році становив **92%**¹⁵.

За даними 2009 року цей показник склав **88%**, а у 2007 році – **86%**, що засвідчує позитивну динаміку зростання цього показника.

Результати дослідження показують, що за віком суттєвих розбіжностей у відповідях немає. У віці до 25 років про використання презервативу з останнім клієнтом повідомили **93,6%** опитаних, у віці 25 років і старші – **91,0%**.

Серед причин, за якими презерватив не використовувався під час сексуального контакту з останнім клієнтом, респонденти відзначили наступне: у **42,7%** випадках клієнт наполягав на тому, щоб не використовувати презерватив, **21,3%** жінок вважали, що винагорода за сексуальні послуги вище без презервативу, **14,3%** – не замислювалися, що використання презервативу є необхідним, у **13,7%** ЖКС не було презервативів, **12,7%** жінкам не подобається надавати сексуальні послуги з презервативом, **9,9%** – повідомили, що використання презервативу знижує чутливість сексуальних контактів, **9,6%** – знаходилися у алкогольному та/або наркотичному стані.

¹³ Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування жінок комерційного сексу (ЖКС) у віці 14 років і старше у 25 адміністративно-територіальних одиницях України в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед ПКС, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» у період з 7 червня по 9 листопада 2011 р. Дослідження проводились Київським міжнародним інститутом соціології 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». Опитування проводилося за допомогою методик TLS (18 міст, 3603 респонденти) та RDS (7 міст, 1402 респонденти). Вибірка досліджень склала 5005 осіб.

Показники для міст, де реалізовувалася методика RDS, були розраховані в RDSAT, показники для міст, де реалізовувалася методика TLS, були розраховані в SPSS з використанням вагів, які коригують розмір точок у вибірці, фінальний національний показник було розраховано як середнє значення регіональних показників, зважених за розміром реалізованої у місті вибірки.

¹⁴ За даними бази даних SysEx, наданими МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

¹⁵ Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування жінок комерційного сексу (ЖКС) у віці 14 років і старше у 25 адміністративно-територіальних одиницях України в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед ПКС, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» у період з 7 червня по 9 листопада 2011 р. Дослідження проводились Київським міжнародним інститутом соціології 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».

Опитування проводилося за допомогою методик TLS (18 міст, 3603 респонденти) та RDS (7 міст, 1402 респонденти). Вибірка досліджень склала 5005 осіб. Показники для міст, де реалізовувалася методика RDS, були розраховані в RDSAT, показники для міст, де реалізовувалася методика TLS, були розраховані в SPSS з використанням вагів, які коригують розмір точок у вибірці, фінальний національний показник було розраховано як середнє значення регіональних показників, зважених за розміром реалізованої у місті вибірки.

Як засвідчують результати опитування, **73,2%** респондентів, які надавали такі сексуальні послуги, як вагінальний секс, за останні 30 днів, зазначили, що використовували презерватив кожного разу.

Оскільки анальний секс вважається найбільш небезпечним у контексті інфікування ВІЛ, то особливу увагу необхідно звертати на частоту використання презервативів при наданні цієї секс-послуги.

Результати дослідження продемонстрували, що **69,7%** респондентів, які надавали такі сексуальні послуги, як анальний секс, за останні 30 днів, зазначили, що використовували презерватив кожного разу.

Водночас, за даними опитування **59,2%** ЖКС відмітили, що ні за яких умов не погодяться на надання сексуальних послуг за плату без використання презерватива. Кожна п'ята ЖКС (**22,4%**) погодилася б на секс без презерватива з постійним клієнтом, якого добре знають, **16,4%** готові на секс без презерватива за умови додаткової оплати, **13,8%** ЖКС відмітили, що могли б погодитися на незахищений секс з постійним клієнтом, якому довіряють.

Таким чином, більше половини ЖКС (**59,2%**) висловлюють тверду переконаність, що ні за яких обставин не будуть надавати секс-послуги без використання презерватива. Тобто, показник «використання презервативу останнього разу» не повною мірою демонструє нам частку ЖКС з ризикованою поведінкою. Використання презервативу останнього разу може «компенсуватися» не використанням його при іншому сексуальному контакті.

Таким чином, не дивлячись на зростання відсотку ЖКС, які повідомили про використання презервативу під час статевого контакту з останнім клієнтом, практика небезпечної сексуальної поведінки ще має місце у практиці цієї цільової групи і потребує подальшого впровадження профілактичних заходів.

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

Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати¹⁶, у 2011 році становив **58,5%**¹⁷.

Показник дає змогу оцінити прогрес у реалізації програм з тестування на ВІЛ-інфекцію та консультування серед жінок комерційного сексу, необхідність у подальшому впровадженні профілактичних програм для ЖКС, прогрес у зниженні рівня інфікування ВІЛ осіб цієї цільової групи.

Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за плату та які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12-ти місяців і знають свої результати, у 2009 році становив 59%. Але порівняння показника 2011 року з минулими роками не є коректним, тому що в 2011 році, вперше, у вибірку було включено більшу частину регіонів країни – 25 (у 2009 році дослідження було проведено у 15 містах України).

Починаючи з 2005 року, для поведінкових досліджень у сфері ВІЛ/СНІД як у світі, так, зокрема, в Україні, використовують нові методики доступу до важкодоступних груп, які на сьогодні визнані найбільш ефективними для вивчення поведінки ЖКС та інших вразливих груп, а саме: методики Respondent-Driven Sampling (RDS) (вибірка, що реалізується та направляє самими респондентами) та Time-Location Sampling (TLS) (вибірка за місцем і часом).

За результатами опитувань серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, у 25 регіонах рівень охоплення тестуванням представників молодшої вікової групи (до 25 років) був дещо нижчим за показники серед вікової групи 25 років і старші, та складав **56,7%** (у 2009 році – 56,0 %). Серед ЖКС у віці 25 років і старші значення показника складало **59,6%** (у 2009 році – 61,0%).

Значний відсоток ЖКС, які протягом 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та знають свої результати, ймовірно пов'язаний зі збільшенням рівня охоплення послугами представників груп ризику добровільним консультуванням і тестуванням на ВІЛ-інфекцію. На сьогодні КіТ є ключовим компонентом програм профілактики, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД. У країні діє розгалужена мережа кабінетів «Довіра» та кабінетів, що надають послуги КіТ, – всього 761.

Одним із дієвих факторів, який впливає на показник тестування на ВІЛ-інфекцію, є доволі широке застосування експрес-тестування серед представників груп найвищого ризику, яке реалізується неурядовими організаціями на місцях.

У 2011 році 54 НУО надавали послуги з профілактики інфікування ВІЛ та ПСІШ для ЖКС у всіх регіонах України. В рамках своєї діяльності НУО надавали базовий пакет послуг, що є обов'язковим для кожного клієнта програми зменшення шкоди. У вересні 2011 року свою діяльність успішно завершили проекти з профілактики ВІЛ та ПСІШ серед ЖКС за моделлю «Втручання силами рівних». Дані проекти виконувалися регіональними НУО у семи містах України.

Частка осіб, які надають сексуальні послуги за плату, охоплених комплексним пакетом¹⁸ послуг з профілактики ВІЛ, за останні 12 місяців склала **40,3 %** (28224 особи) від оціночного числа (70 000 осіб).

¹⁶ Для України є характерним поширення сексуальних послуг за плату, які надаються саме жінками. Група чоловіків, які надають такі послуги, в Україні досить мала, закрита та важкодоступна для проведення досліджень. Тобто в цьому, та інших показниках під особами, які надають сексуальні послуги за плату, маються на увазі саме жінки.

¹⁷ Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування жінок комерційного сексу у віці 14 років і старше у 25 адміністративно-територіальних одиницях України в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед ЖКС, як компонент епідагледу за ВІЛ другого покоління» у період з 7 червня по 9 листопада 2011 р. Дослідження проводились Київським міжнародним інститутом соціології 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». Опитування проводилося за допомогою методик TLS (18 міст, 3603 респондентів) та RDS (7 міст, 1402 респондентів). Вибірка досліджень склала 5005 осіб.

Показники для міст, де реалізовувалася методика RDS, були розраховані в RDSAT, показники для міст, де реалізовувалася методика TLS, були розраховані в SPSS з використанням вагів, які коригують розмір точок у вибірці, фінальний національний показник було розраховано як середнє значення регіональних показників, зважених за розміром реалізованої у місті вибірки.

Крім того, результати біоповедінкових досліджень що були проведені протягом останніх кількох років, дають підстави відзначити позитивні тенденції щодо зміни поведінки в цих групах на більш безпечну та, зрештою, сподіватися, що тенденція щодо зменшення поширеності ВІЛ в цій групі буде сталою.

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

Показник охоплення чоловіків, які мають секс з чоловіками, у 2011 році становив **53,1%**¹⁹, у 2009 році – 63% та у 2007 році – 50%.

Але безпосереднє порівняння показників з минулими роками не є коректним, тому що в 2011 році, вперше, у вибірку було включено 27 адміністративно-територіальних одиниць України (27 міст), а у 2009 році дослідження було проведено тільки у 14 містах України.

Серед ЧСЧ у віці до 25 років показник становить **57,2%**, серед ЧСЧ у віці 25 і старші – **50,2%**. Відмінностей між цими віковими групами не спостерігалось.

Ствердні відповіді на запитання «Чи знаєте Ви куди звернутись, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?» отримано від **88%** опитаних ЧСЧ. Серед ЧСЧ у віці до 25 років ствердні відповіді становлять **84,5%**, тоді як серед ЧСЧ у віці 25 і старші – **90,4%**.

Позитивні відповіді на запитання «Чи отримували Ви презервативи протягом останніх 12 місяців?» отримано від **56,2%** опитаних ЧСЧ. Серед представників цієї групи ризику у віці до 25 років ствердну відповідь дали **60,9%** опитаних та у віці 25 років і старші – **52,9%** респондентів.

Профілактика ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, протягом 2011 року проводилася 18 НУО у 11 областях за координацією та загального менеджменту Альянсу України – Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Львівська, Миколаївська, Одеська, Харківська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька області, м. Києві, Севастополі та АР Крим.

За даними програмного моніторингу, охоплення ЧСЧ профілактичними послугами зростає, проте є значно нижчим, ніж за даними опитування. Так, у 2007 році частка охоплених ЧСЧ складала 3%, у 2008 році – 5%, у 2009 році – 13,5%, у 2010 році – 9,7%, а на кінець 2011 року склала **20,1%**²⁰.

Дані програмного моніторингу засвідчують динаміку зростання охоплення ЧСЧ профілактичними програмами. Проте, з огляду на епідеміологічні дані, очевидним є те, що наявний рівень охоплення цієї уразливої групи є недостатнім для забезпечення сталого впливу на епідемію.

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

Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього анального контакту з партнером-чоловіком, у 2011 році становив **70,5%**²¹. У 2009 році значення цього показника становило 64% та 39% у 2007 році, що засвідчує про збільшення цього показника.

Серед ЧСЧ у віці до 25 років показник становив **68,9%**, тоді як серед ЧСЧ у віці 25 років і старші – **71,6%**.

Більш показовим з точки зору безпечної поведінки є аналіз частоти використання презервативу. Так, за даними опитування ЧСЧ, при відповіді на уточнююче питання, при анальних контактах із чоловіками протягом останніх 30 днів завжди (у 100% випадках), презерватив використовували **49,8%** респондентів. Це вказує на те, що у групі ЧСЧ ще й досі широко практикується ризикована поведінка, що може призвести до поширення ВІЛ.

З одного боку, значення показника зросло, порівняно з 2009 року, що засвідчує ефективність профілактичних програм серед ЧСЧ. З іншого ж боку, варто зазначити, що показник не відображає використання презерватива постійно з регулярними та випадковими партнерами-чоловіками, а дані дослідження підтверджують різницю між сталими

¹⁸ Комплексний пакет заходів щодо профілактики ВІЛ серед ЖКС, що пропонують регіональні НУО, спрямований на задоволення особливих потреб цільової групи та включає такі послуги: 1) видача роздаткових матеріалів: чоловічі/жіночі презервативи, лубриканти, місцеві антисептики, тести на вагітність, інші засоби гігієни та дезінфекції; обмін або видача шприців ЖКС, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом; 2) видача інформаційних матеріалів; 3) консультування соціальних працівників, медичних та інших профільних спеціалістів, а також за принципом «рівний рівному»; 4) цільова переадресація клієнтів в інші профільні проекти, організації та установи, а також ведення окремих випадків (кейс-менеджмент); 5) добровільне консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію (ДКТ), діагностика ППСШ та тестування на вірусні гепатити; 6) направлення на безкоштовне лікування ППСШ та ін.

¹⁹ Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування чоловіків, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ) у 27 адміністративно-територіальних одиницях України 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 29 липня по 26 жовтня 2011 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». Вибірка була реалізована за допомогою методу RDS (respondent driven sample – вибірка, що спрямовується самими респондентами). Загальна кількість опитаних склала 5950 осіб.

²⁰ За даними бази даних SurEx, наданими МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

²¹ Див. п. 19.

практиками сексуальної поведінки та останнім анальним контактом. Показник також не дає уяви про використання презервативу при статевих стосунках із жінками.

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

Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, у 2011 році становив **37,8 %**.

Показник репрезентує групу чоловіків, які мають секс із чоловіками, що пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію протягом останніх 12 місяців та отримали свої результати, а також дає змогу оцінити необхідність у подальшому впровадженні програм доступу до консультування та тестування на ВІЛ серед ЧСЧ.

В останні роки в Україні реєструється все більша абсолютна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи. Починаючи з 2005 року, для поведінкових досліджень у сфері ВІЛ/СНІД, як у світі, так, зокрема, в Україні, до важкодоступних груп використовують нові методики доступу, які на сьогодні визнані найбільш ефективними для вивчення поведінки ЖКС та інших уразливих груп, а саме: методики Respondent-Driven Sampling (RDS) (вибірка, що реалізується та направляється самими респондентами) та Time-Location Sampling (TLS) (вибірка за місцем і часом).

Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, що пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12-ти місяців і знають свої результати, у 2011 році становило **37,8 %²²**, у 2009 році – 43,0%. Серед ЧСЧ у віці до 25 років показник становить **36,2 %** (у 2009 році – 43 %), серед ЧСЧ у віці 25 і старші – 38,9 % (у 2009 році – 44,0%).

Але безпосереднє порівняння показників з минулими роками не є коректним, тому що в 2011 році, вперше, у вибірку було включено всі 27 регіонів країни (у 2009 році дослідження було проведено у 14 містах України). Аналіз регіональних показників виявляє широкий діапазон їх рівнів – від 12,5 % в м. Чернігові до 66,9 % в м. Ужгороді. Найнижчі показники було виявлено у мм. Чернігові, Запоріжжі, Луцьку, Кіровограді та Харкові, найвищі – у мм. Ужгороді, Миколаєві, Черкасах та Одесі. Порівняно з 2009 роком, зріс рівень показника в Ужгороді, Черкасах, Одесі, Сімферополі, Донецьку, Луганську (табл. 10).

Таблиця 10

Динаміка показника «Відсоток ЧСЧ, які протягом 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та одержали його результат», %

Міста	2007	2009	2011
Ужгород	-	30	66,9
Миколаїв	80	88	62,4
Черкаси	10	33	59,2
Одеса	-	50	53,9
Київ	31	62	51,0
Кривий Ріг	-	-	50,3
Сімферополь	22	12	45,6
Донецьк	29	18	41,8
Севастополь	-	-	39,4
Тернопіль	-	-	38,5
Полтава	-	47	37,6
Вінниця	-	-	37,5
Чернівці	-	-	36,9
Суми	-	-	36,5
Львів	-	56	33,9
Рівне	-	-	33,5
Херсон	7	54	31,7
Луганськ	19	21	24
Житомир	-	-	23,2
Івано-Франківськ	29	47	22,8
Дніпропетровськ	9	21	20,2

²² Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування чоловіків, які практикують секс з чоловіками, у 27 адміністративно-територіальних одиницях України 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 29 липня по 26 жовтня 2011 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». Вибірка була реалізована за допомогою методу RDS (respondent driven sample – вибірка, що спрямовується самими респондентами). Загальна кількість опитаних склала 5950 осіб. Критерієм включення у дослідження була наявність анального сексуального контакту з іншими чоловіками впродовж останніх 6 місяців (з січня 2011 року).

Міста	2007	2009	2011
Харків	-	28	19,7
Кіровоград	-	-	19,5
Луцьк	-	-	16,6
Запоріжжя	-	-	15,9
Чернігів	-	-	12,5

Частка чоловіків, які практикують секс із чоловіками, охоплених комплексним пакетом послуг з профілактики ВІЛ за останні 12 місяців склала **20,1 %** (19 130 осіб) від оціночного числа (95 000 осіб).

Частка охоплених тестуванням ЧСЧ значно вища серед клієнтів НУО, що надають послуги ЧСЧ, та склала у 2011 році **61,2 %**, проти **29,9 %** серед тих, хто не є клієнтами громадських організацій. Добровільне консультування та тестування на ВІЛ, відповідно до національного протоколу, найбільш якісно надається центрами профілактики та боротьби зі СНІД. Нещодавно в Україні запроваджене експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію серед груп високого ризику інфікування ВІЛ. Значна різниця рівня охоплення тестуванням серед клієнтів НУО, що надають послуги ЧСЧ, та тих, хто не є клієнтом подібних організацій, свідчить про ефективність використання експрес-тестування серед важкодоступних груп високого ризику.

Профілактика ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, протягом 2011 року проводилася 18 неурядовими організаціями у 11 областях за координації та загального менеджменту Альянсу України – Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Львівська, Миколаївська, Одеська, Харківська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька області, м. Києві, Севастополі та АР Крим.

Разом з тим, у групі ЧСЧ ще й досі широко практикується ризикована поведінка, що призводить до поширення ВІЛ в країні.

Показник 1.15 «Відсоток медичних установ, які забезпечують тестування на ВІЛ та консультування»

Відсоток медичних установ, які забезпечують тестування на ВІЛ та консультування, у 2011 році становив **21,1 %**. Кількість закладів охорони здоров'я, на базі яких надаються послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, складає 1 712. Загальна кількість закладів охорони здоров'я, які можуть надавати КіТ в Україні, – 8 110.

Джерелом інформації є оперативні дані регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІД, що були зібрані станом на 01.01.2012 року щодо кількості закладів охорони здоров'я у регіонах, що звітуються за формою № 3-ВІЛ/СНІД. Крім того, була проаналізована інформація Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» щодо загальної кількості закладів охорони здоров'я у системі МОЗ України станом на 31.12.2011 року та закладів охорони здоров'я відомчих систем і приватних медичних закладів станом на 31.12.2010 року.

Показник 1.17 «Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги, що пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні допологової допомоги»

Елімінація вродженого сифілісу та вертикальної передачі ВІЛ є ключовими цілями світової системи охорони здоров'я на 2015 рік, що потребує активної інтеграції програм скринінгу і лікування сифілісу серед вагітних з програмами профілактики передачі ВІЛ-від матері до дитини.

Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги, що пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні допологової допомоги, становило 92,1% у 2009 року та **92,4%** у 2011 року.

Дані щодо кількості тестувань на сифіліс вагітних збираються Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України» за офіційною статистичною формою №21.

Відтак, чисельник включає кількість вагітних жінок, які пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні допологової допомоги, що складало у 2011 рік 457 434 жінок.

Знаменник включає дані про загальну кількість вагітних, які звернулися до допологової допомоги у 2011 році, а саме 495 250 жінок.

Серологічне обстеження на сифіліс вагітних входить до переліку стандартних лабораторних досліджень, що проводяться при взятті вагітної на облік у жіночу консультацію. Відповідно до наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» перше обстеження вагітної на сифіліс проводиться при постановці на облік, друге – у 29 тижнів вагітності.

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»

Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голочок та шприців у 2011 році становила **75,3**.

Україна залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, зосередженої серед груп високого ризику інфікування ВІЛ, ключовими з яких є СІН, ЖКС, ЧСЧ та ув'язнені. Програми профілактики для цих груп відіграють вирішальну роль у визначенні розвитку епідемічного процесу.

Профілактичні програми серед СІН досягли певного прогресу у покращенні рівня знань про ВІЛ-інфекцію та формуванні безпечної поведінки. Серед СІН у 2011 році 95,5 % повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції наркотику, але це ще не означає регулярного застосування практики безпечних ін'єкцій.

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

Однією з ключових програм профілактики інфікування ВІЛ серед СІН є програми зменшення шкоди, які дають змогу зменшити ризик зараження збудником у цій групі та обмежити потенційне поширення ВІЛ серед статевих партнерів СІН та загального населення. Важливим етапом реалізації стратегії зменшення шкоди є мотивація споживачів ін'єкційних наркотиків до дезінфекції ін'єкційного інструменту, до відмови від спільного використання голки і шприців, до користування лише стерильними голками і шприцями.

Відкриття пунктів обміну шприців (ПОШ) дає можливість забезпечити СІН стерильним ін'єкційним інструментарієм та налагодити стабільні контакти з представниками цієї групи ризику. ПОШ, як і програма зменшення шкоди, є «низькопороговою» службою – для участі в програмі клієнт має надати мінімум інформації про себе, всі послуги надаються безоплатно, місце розташування пункту, як правило, зручне для відвідування тощо. Обмінюючи використані шприци на нові за невелику плату або безоплатно, можна добитися значного зниження передачі ВІЛ та збудника гепатиту В та С серед тих, хто вживає наркотики ін'єкційним шляхом.

Станом на 01.01.2012 р. в Україні діє 1 667 сайтів програми з обміну/надання голки та шприців²³ (включаючи аптеки, де можна отримати голки та шприци безоплатно), які діють у 27 регіонах країни. Середня кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків у 2011 р. становила **75,3**. Протягом 2011 р. 81 НУО надавала послуги з профілактики ВІЛ для споживачів ін'єкційних наркотиків у всіх регіонах України. Рівень охоплення СІН комплексним пакетом послуг з профілактики ВІЛ, які надавалися НУО на місцях, у 2011 році склав 54,14 % (157 011 осіб) від оціночного числа (290 тис. осіб).

Важливим завданням ПОШ у програмі зменшення шкоди є вилучення з обігу в середовищі СІН використаних голки та шприців. Негативну роль в цьому відіграє перешкоджання діяльності громадських організацій зі збору використаних шприців та призупинення програм обміну використаних шприців на стерильні для СІН через застарілу та неповну нормативно-правову базу, що регламентує порядок зберігання, утилізації та знищення медичних відходів та вимоги обов'язкової дезінфекції використаних шприців з боку контролюючих органів – у 2011 році, порівняно з 2010 роком, зібрано на 1 081 413 шприців менше.

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

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту, в 2011 році становив **47,8%**²⁴. У 2009 році відповідний показник становив 48%, тобто за два роки він не змінився.

У 2011 році значення цього показника серед жінок склала **46,7%**, серед чоловіків – **48,2%**. Серед СІН у віці до 25 років показник становив **58,3%**, тоді як серед СІН у віці 25 років і старші – **45,6%**. Ця відмінність також спостерігалася і у 2009 році – 53% проти 47% відповідно.

Більш безпечна сексуальна практика серед СІН має найважливіше значення, оскільки особи, які споживають ін'єкційні наркотики, можуть поширювати ВІЛ серед загального населення статевим шляхом.

Завжди використовували презерватив (у 100% випадків) впродовж останніх трьох місяців (90 днів), під час сексуальних контактів з випадковим статевим партнером **56,8%** опитаних, ніколи не використовували – **10,8%**, решта – **32,4%** – використовували презерватив з різним ступенем регулярності.

Можна констатувати, що статевий шлях передачі ВІЛ серед СІН та їх сексуальних партнерів залишається загрозливим фактором у поширенні ВІЛ як серед груп ризику, так і серед загального населення.

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

Відсоток СІН, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції протягом останнього місяця, у 2011 році становив **95,5%**²⁵. У 2007 році показник був дещо меншим і склав 84%, у

²³ Програми з обміну/надання голки та шприців – це будь-які програми, які 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 безоплатно.

²⁴ Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування споживачів ін'єкційних наркотиків у 26 адміністративно-територіальних одиницях України в рамках інтегрованого біоповедінкового дослідження «Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед СІН, як компонент епідеміологічного дослідження за ВІЛ другого покоління», проведеного у період з 3 червня по 24 жовтня 2011 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». Вибірка була реалізована за допомогою методу RDS (respondent driven sample – вибірка, що спрямовується самими респондентами). Вибірка дослідження склала 9069 осіб (6578 чоловіків, 2491 жінка).

2009 році – 87% . Спостерігається позитивна динаміка порівняно з 2007 роком, показник зріс на 11,5% та на 8,5% порівняно 2009 роком.

У 2011 році серед жінок показник становив **95,7%**, серед чоловіків – **95,5%**, порівняно з 2009 роком відмінність була на користь чоловіків – 84% проти 89%, відповідно.

У 2011 році серед СІН у віці до 25 років показник становив **94,6%**, тоді як серед СІН у віці 25 років і старші – **95,7%**. За даними 2009 року показник серед СІН у віці до 25 років становив 89%, а серед СІН у віці 25 років і старші – 87%. Водночас, опитування виявило, що протягом останніх 30 днів **57,8%** опитаних отримували/купували ін'єкцію вже з наповненого шприца. Також **7,9%** опитаних підтверджують, що робили ін'єкцію зі шприца, яким до цього зробила ін'єкцію інша людина.

Крім того, **12,2%** опитаних вказали, що за останні 30 днів хоча б раз (з тією чи іншою частотою) позичали або продавали голку/шприц іншій особі після того, як зробили собі ін'єкцію.

На питання «Як часто протягом останніх 30 днів набирали готовий розчин наркотичної речовини зі спільного посуду» на постійний набір вказали **22,5%** опитаних, **37,5%** респондентів набирали з різним ступенем регулярності, **40,1%** – ніколи не набирали.

З огляду на вказані дані, не дивлячись на високий відсоток використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції, можемо констатувати ризиковану поведінку серед СІН. Тому, потреба в охопленні цієї групи якісними програмами зменшення шкоди та розширенні програм замісної підтримувальної терапії залишається актуальною.

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

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, у 2011 році становив **35,7%**.

Показник дає змогу оцінити прогрес у реалізації програм з тестування на ВІЛ-інфекцію та консультування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, необхідність у подальшому впровадженні програм доступу до КіТ цієї цільової групи. Знання свого ВІЛ-статусу є критично важливим щодо захисту себе та запобігання інфікуванню інших людей, а також прийняття рішення щодо лікування.

З 2009 року до географії досліджень з визначення відсотку СІН, які протягом 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та знають свої результати, включаються всі регіони країни. Особливістю дослідження 2011 року є залучення регіонів, які традиційно відносять до регіонів «другої хвилі», тобто областей, де згідно з офіційними даними поширеність ВІЛ є нижчою порівняно з іншими регіонами. Крім того, в 2011 році респондентам було запропоновано тестування крові не лише на ВІЛ, але і гепатит С.

Відсоток СІН, які протягом 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та знають свої результати, у 2011 році становив **35,7 %**²⁶. У 2009 році цей показник складав 26,0%. Збільшення показника у 2011 році ймовірно пов'язано із збільшенням рівня охоплення послугами представників груп ризику добровільним консультуванням і тестуванням на ВІЛ-інфекцію. На сьогодні КіТ є ключовим компонентом програм профілактики, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД.

Одним із дієвих факторів, який дав змогу збільшити показник тестування на ВІЛ-інфекцію, є доволі широке застосування експрес-тестування серед представників груп найвищого ризику, яке реалізується неурядовими організаціями на місцях. Рівень охоплення СІН комплексним пакетом²⁷ послуг з профілактики інфікування ВІЛ за 2011 рік склав **54,1 %** (157 011 осіб) від оціночного числа (290 тис. осіб).

Протягом 2011 року 81 НУО надавала послуги з профілактики ВІЛ-інфекції для споживачів ін'єкційних наркотиків у всіх регіонах України. Крім надання базового пакету послуг, НУО мали можливість працювати з окремими

²⁵ Показник розраховувався, базуючись на результатах опитування споживачів ін'єкційних наркотиків у 26 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 3 червня по 24 жовтня 2011 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».

Вибірка була реалізована за допомогою методу RDS (respondent driven sample – вибірка, що спрямовується самими респондентами). Вибірка дослідження складала 9069 осіб (6578 чоловіків, 2491 жінка).

²⁶ Показник відсотку споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на наявність антитіл до ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, розраховувався, базуючись на результатах опитування споживачів ін'єкційних наркотиків у 26 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 3 червня по 24 жовтня 2011 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».

Вибірка була реалізована за допомогою методу RDS (respondent driven sample – вибірка, що спрямовується самими респондентами). Вибірка дослідження складала 9069 осіб (6578 чоловіків, 2491 жінка). Опитування проведено у формі індивідуального інтерв'ю «вч-на-вч» з тестуванням на ВІЛ та гепатит С (з використанням експрес-тестів).

²⁷ Комплексний пакет послуг для СІН включає такі види діяльності: видача та обмін шприців, спиртових серветок та/або презервативів, яка відбувається на стаціонарних, вуличних або мобільних пунктах обміну шприців та через аустріч-роботу, добровільне консультування та тестування на ВІЛ за допомогою експрес-тестів, діагностика ППСШ, консультування стосовно ВІЛ-інфекції та вживання наркотиків, яке надається підготовленими в рамках програми соціальними працівниками, а також надання інформації стосовно інших профілактичних та лікувальних програм, які діють у регіоні (програми замісної терапії, АРВ-лікування) та ін.

важкодоступними підгрупами СІН, використовуючи декілька інноваційних моделей: «Впровадження силами рівних», «Профілактика інфікування ВІЛ серед споживачів наркотиків-стимуляторів через зміну індивідуальної поведінки на рівні групи», «Вуличні медсестри в проектах зменшення шкоди». У вересні 2011 р. почалось впровадження інноваційної інтервенції із консультивання статевих партнерів осіб, які вживають наркотики. Метою проекту є навчання статевих партнерів технікам комунікації та надання знань і навичок щодо зменшення ризику інфікування ВІЛ та ПСІШ.

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

Серед окремих груп СІН значення показника у 2011 році становило: **34 %** серед чоловіків, **40 %** серед жінок. Ймовірно, ця різниця пояснюється тим, що жінки частіше проходять тестування під час вагітності. У 2009 році відмінність була також помітною: 25% серед чоловіків та 29 % серед жінок.

У 2011 році серед СІН у віці до 25 років показник становив **34,9%**, серед СІН у віці 25 років і старші – **35,9%**. Аналогічна тенденція спостерігалася і минулими роками – 23% та 32% у 2007 році та 22 % і 28 % у 2009 році, відповідно. Можна припустити, що старші за віком СІН частіше охоплені профілактичними програмами та мають більше супутніх захворювань, що є підставою для медичного обстеження.

Показник 2.6 (а) «Оціночна кількість споживачів опіатів (ін'єкційних)»

Оціночна кількість споживачів опіатів (ін'єкційних) у 2011 році становила **250 000 осіб**.

Вживання наркотичних речовин поступово перетворилось на велику соціальну проблему, і в першу чергу, через високий ризик інфікування ВІЛ та іншими збудниками інфекцій, що передаються через кров. В Україні саме споживачі ін'єкційних наркотиків є основною групою ризику щодо інфікування ВІЛ. Епідемія ВІЛ-інфекції, зумовлена споживанням ін'єкційних наркотиків, як правило, поширюються швидше ніж епідемія, де домінуючим шляхом передачі збудника є статевий.

Оціночна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків дає змогу усвідомити об'єм необхідних профілактичних програм, оцінити прогрес у реалізації програм з протидії ВІЛ-інфекції серед СІН.

Для розрахунку цього показника використовувалися дані оціночної чисельності СІН в Україні за 2011 рік, що були отримані в кожному регіоні за результатами біоповедінкових досліджень.²⁸ Для кожного регіону було визначено частку СІН, які вживали опіати протягом останніх 30 днів, з подальшим визначенням чисельності споживачів опіатів ін'єкційним шляхом за мінімальними та максимальними оцінками.

У розрахунок оціночної кількості споживачів опіатів були внесені лише ін'єкційні споживачі опіатів, враховуючи те, що дослідження проводилося лише серед осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Згідно з даними медичної статистики вживання опіатів неін'єкційним шляхом не є поширеним в Україні, хоча даних щодо кількості споживачів опіатів неін'єкційним шляхом немає.

Показник 2.6 (б) «Кількість людей на замісній підтримувальній терапії на всіх сайтах ЗПТ»

Кількість людей, які отримують замісну підтримувальну терапію на усіх сайтах ЗПТ, у 2011 році становила **6 632 осіб**. У 2007 році даний показник становив 547 осіб, у 2009 році – 5 078 осіб.

Застосування замісної підтримувальної терапії в лікуванні хворих із синдромом залежності від ін'єкційних опіоїдів є найбільш ефективним інструментом охорони здоров'я у зниженні споживання ін'єкційних наркотиків. Крім того, ЗПТ забезпечує важливу підтримку забезпечення лікування інших захворювань, включаючи ВІЛ-інфекцію, туберкульоз та вірусні гепатити.

Показник відображає прихильність та прогрес, що був досягнутий у лікуванні споживачів ін'єкційних опіоїдів, а також зниження ймовірності інфікування ВІЛ серед осіб, які споживають ін'єкційні наркотики.

Програма із ЗПТ продовжує працювати у 27 регіонах України на базі 133 закладів охорони здоров'я.

Станом на 1 січня 2012 року 6 632 пацієнти отримали доступ до ЗПТ. З них ЗПТ на основі метадону отримували 5 828 пацієнтів, із застосуванням бупренорфіну – 804 особи. Майже 45% (2 967) пацієнтів ЗПТ є ВІЛ-інфікованими особами, з них – 931 отримували АРТ, 1 201 пацієнт – хворий на туберкульоз, 3 700 осіб – хворі на гепатити В та/або С.

Грантові угоди за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» з медичного і психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ впроваджують 34 громадські організації, що співпрацюють з ЗОЗ (психоневрологічні і наркологічні диспансери, центри профілактики та боротьби зі СНІД, протитуберкульозні та інфекційні лікарні, міські та районні лікарні), на базі яких функціонують сайти ЗПТ.

З 1 жовтня 2011 року зросла кількість центрів інтегрованої допомоги порівняно з попереднім періодом (з 8 до 34), що дало змогу впровадити на сайтах мультидисциплінарну модель ведення учасників програми з залежністю від споживання ін'єкційних опіоїдів, подвійним (наркотична залежність та ВІЛ-інфекція) або потрійним діагнозом (наркотична залежність, ВІЛ-інфекція та туберкульоз).

²⁸ Опитування споживачів ін'єкційних наркотиків проводилося у 26 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 3 червня по 24 жовтня 2011 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».

Вибірка була реалізована за допомогою методу RDS (respondent driven sample – вибірка, що спрямовується самими респондентами). Вибірка дослідження склала 9069 осіб (6578 чоловіків, 2491 жінка). Опитування проведено у формі індивідуального інтерв'ю «віч-на-віч» з тестуванням на ВІЛ та гепатит С (з використанням експрес-тестів).

Центри інтегрованої допомоги для пацієнтів ЗПТ наразі функціонують у Миколаївській, Сумській, Полтавській, Вінницькій, Івано-Франківській, Херсонській, Одеській, Запорізькій, Рівненській, Тернопільській областях, у м. Києві і Севастополі та в АР Крим.

Завдяки проектам з медичного і психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ вдалося поліпшити показники з реінтеграції та ресоціалізації. Так, за даними, отриманими від НУО, що реалізують проекти ЗПТ, близько 30% пацієнтів завдяки участі у програмі ЗПТ працевлаштувалися, майже 3% почали навчатися, понад 16% пацієнтів поновили сімейні стосунки, близько 5% створили сім'ї, у більш ніж 2,5% пацієнтів народилися діти.

Також вагомим результатом проектів ЗПТ є те, що прибуток від нелегальної діяльності учасників за цей самий період значно знизився, а відсоток пацієнтів, які були притягнуті до кримінальної відповідальності, зменшився в кілька разів. Зокрема, рівень злочинності, пов'язаний з участю у незаконному обігу наркотиків серед тих, хто вступив до програми ЗПТ, зменшився у 7 разів, рівень інших злочинів (крадіжок, тощо) – у 4 рази (за результатами анкетування 400 клієнтів метадонових програм у 13 медичних закладах).

Незважаючи на певні досягнення щодо реінтеграції пацієнтів ЗПТ, існує необхідність покращання послуг з медичного, а особливо психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ, пошук нових шляхів з удосконалення психологічної і соціальної роботи, навчання як спеціалістів, які працюють з пацієнтами ЗПТ, так і всіх причетних до програми ЗПТ в Україні – фахівців правоохоронних органів, журналістів, представників органів виконавчої влади та ін.

Показник 2.7 (а) «Кількість сайтів з програми обміну голок та шприців (включаючи аптеки, що безоплатно надають голки та шприці)»

Кількість сайтів з програми обміну голок та шприців (включаючи аптеки, що безоплатно надають голки та шприці) у 2011 році становила **1 667**.

Програми з обміну/надання голок та шприців є одним з найефективніших втручань з попередження інфікування ВІЛ серед СІН. Цей показник оцінює наявність відповідного доступу до стерильних голок та шприців.

Програми з обміну/надання голок та шприців – це будь-які програми, які забезпечують доступ до стерильного інструментарію та його безпечної подальшої утилізації через стаціонарні або мобільні програми обміну, та/або через аптеки, де таке обладнання або інструментарій можна отримати безоплатно.

Показник 2.7 (б) «Кількість сайтів з надання опіоїдної замісної підтримувальної терапії»

Кількість сайтів опіоїдної замісної підтримувальної терапії у 2011 році становила **133**. У 2009 році даний показник становив 144.

Замісна підтримувальна терапія має високу ефективність для змінення ін'єкційної поведінки, яка впливає на ризик інфікування ВІЛ серед СІН. Крім того, ЗПТ сприяє покращанню доступу до АРТ, підвищенню прихильності та зниженню смертності. Також ЗПТ забезпечує важливу підтримку забезпечення лікування інших захворювань, включаючи ВІЛ-інфекцію, туберкульоз та вірусні гепатити.

Показник відображає прихильність та прогрес, що був досягнутий у лікуванні споживачів опіатів, а також зниження ймовірності інфікування ВІЛ серед осіб, які споживають ін'єкційні наркотики.

Програма із замісної підтримувальної терапії продовжує працювати у 27 регіонах України на базі 133 закладів охорони здоров'я. Станом на 1 січня 2012 року 6 632 пацієнти отримали доступ до ЗПТ. Найменша чисельність (по 1–2 сайти) з надання ЗПТ спостерігається у Закарпатській, Київській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій області та в м. Севастополі. Найбільша кількість сайтів з надання ЗПТ працює у Донецькій, Полтавській, Миколаївській, Дніпропетровській області та АР Крим. В інших регіонах працює по 3–7 сайтів.

Найбільша кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримують послуги з ЗПТ, – в м. Києві та Севастополі (164 та 105 клієнтів на 1 сайт, відповідно), найменша (до 30 клієнтів) – у Волинській, Івано-Франківській, Львівській, Рівненській, Харківській, Черкаській та Чернігівській областях. У середньому по країні 1 сайт надає послуги з ЗПТ 50 споживачам ін'єкційних опіоїдів.

Більша частина споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримують послуги з ЗПТ, – чоловіки. Співвідношення чоловіків та жінок, які отримують ЗПТ, у середньому по країні дорівнює 4:1.

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»

Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, становив **94,7%** у 2010 р. та **95,5%** у 2011 р.

Система обліку та звітності заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) 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.

Відтак, чисельник включає загальну кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали будь-яку з вищевказаних схем антиретровірусного лікування, що в 2010 р. складала 3635, а в 2011 р. – 3763 жінок.

Знаменник включає дані про загальну кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, у яких вагітність завершилася пологоми, що у 2010 р. складала 3828, а в 2011 р. – 3939 жінок.

В Україні вагітні жінки отримують антиретровірусне лікування лише у клініках державного сектору. Стандарти проведення АРВ-профілактики ВІЛ-інфікованим вагітним та породіллям 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.

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 – 95,5%.

Протягом 2010–2011 років в Україні застосовувались такі схеми (табл.11):

Таблиця 11

Схеми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих жінок з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

№	Показники	2010	%	2011	%
1	Загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, у яких вагітність завершилася пологоми	3828	100	3939	100
2	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали АРВ-профілактику, від загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, у яких вагітність завершилася пологоми	3625	94,7	3763	95,5
2.1	У тому числі: АРТ за станом здоров'я до вагітності та під час вагітності	629	16,4	810	20,6
2.2	АРВ-профілактика під час вагітності	2710	70,8	2782	70,6
	з них:				
	одним АРВ-препаратом	553	14,4	247	6,3
	двома АРВ-препаратами	176	4,6	105	2,7
	трьома АРВ-препаратами	1981	51,8	2430	61,6
2.3	АРВ-профілактика під час пологів (разова доза невірапіну)	286	7,5	171	4,3
3	Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які не отримали АРВ-профілактику	203	5,3	176	4,5

За період 2008–2011 роки також встановлено поступове зменшення кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, які отримали профілактику невірапіном тільки у пологах: 277, 240, 286, 171 жінок, відповідно, що свідчить про використання більш ефективних схем антиретровірусних препаратів.

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

Показник призначений для вимірювання ступені прогресу щодо охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, протягом перших 2-х місяців від народження.

За рекомендацією ВООЗ, раннє вірусологічне тестування на ВІЛ необхідно проводити якомога 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.

До 2011 році статистична звітність у сфері ППМД в Україні враховувала тільки дані про кількість проведених досліджень щодо визначення у зразках крові дитини генетичного матеріалу вірусу методом ПЛР ДНК (одноразово, дворазово, триразово) незалежно від віку дитини та термінів проведення дослідження. Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, охоплених дослідженням ПЛР ДНК одноразово, становив 75,0% у 2008 р. та 70,0% у 2010 р.

У рамках удосконалення системи обліку та звітності у сфері ППМД в Україні 2011 р. був вперше отриманий показник «відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження» відповідно до методології звітності щодо виконання Політичної декларації про прихильність справі у боротьбі з ВІЛ/СНІД, який становив **55,3%**.

Чисельник включає кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які були обстежені на наявність ВІЛ-інфекції протягом перших 2 місяців від народження методом ранньої діагностики (ПЛР ДНК), що у 2011 р. складала 2176 дітей.

Знаменник включає дані про загальну кількість живонароджених дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, що у 2011 р. складала 3938 дітей.

Значення цього показника (**55,3%**) розподіляється за результатами проведеного дослідження наступним чином: діти з позитивним результатом ПЛР ДНК – 1,4% (54 дітей), негативним – 53,8% (2118 дітей), невизначеним або відбракуванню зразків лабораторією – 0,1% (4 дитини). 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 місяців.

Отже, в Україні тільки половина дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих жінок у 2011 році, були обстежені методом ранньої діагностики з метою встановлення ВІЛ-статусу відповідно до чинного законодавства. Низьке значення цього показника може вказувати на системні недоліки в забезпеченні комплектами для проведення досліджень методом ПЛР для вірусологічних лабораторій.

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 2011 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 2011 році, незалежно від моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, у т.ч. до вагітності.

Дані щодо кількості тестувань на ВІЛ-інфекцію вагітних збираються Державним закладом «Центр медичної статистики МОЗ України» (звітна форма №21).

Відтак, чисельник включає кількість вагітних жінок, які пройшли тестування на ВІЛ та одержали свої результати, що складало у 2011 році 491 328 жінок.

Знаменник включає дані про загальну кількість вагітних, які звернулися за допологовою допомогою у 2011 році, а саме 495 250 жінок.

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, на тлі збільшення загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних у 2008–2011 роках, спостерігається поступове зниження кількості жінок з вперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом під час вагітності, пологів або після пологів – 3933 (80,0%) у 2008 р., 3928 (74,4%) у 2009 р., 3424 (67,2%) у 2010 р., 3057 (55,3%) у 2011 р. (табл. 12).

Таблиця 12

Динаміка випадків ВІЛ-інфекції у вагітних

<i>Показники</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
Загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних	4916	5281	5099	5527
з них:				
кількість вагітних з відомим ВІЛ-статусом до вагітності	983	1353	1675	2470
кількість вагітних, виявлених під час вагітності, пологів або після пологів	3933 (80,0%)	3928 (74,4%)	3424 (67,2%)	3057 (55,3%)

Із числа жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус при зверненні у жіночу консультацію, під час пологів або після пологів у 2011 році (3057 жінок) діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений у строк вагітності до 12 тижнів – у 23,4% (1071) жінок, 12–26 тижнів – 26,9% (1231), після 26 тижня до пологів – 12,3% (562), під час пологів – 3,7% (171) та після пологів – 0,5% (22).

Таким чином, 4,2% ВІЛ-інфікованих вагітних не проходили обстеження на наявність антитіл до ВІЛ до пологів та не отримали необхідну профілактику антиретровірусними препаратами. У 2010 році даний показник становив 7,7%. За даним спеціальних епідеміологічних досліджень такі вагітні у 70–80% відносяться до осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

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: 98,3% у 2008 р., 98,4% у 2009 р., 98,0% у 2010 р. та **99,1%** у 2011 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 2011 р. складала 3904 дітей.

Знаменник включає дані про загальну кількість живонароджених дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, що у 2011 р. складала 3938 дітей.

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.

Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ повинна проводитися всім дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, згідно з чинним клінічним протоколом.

Протягом 2010–2011 років в Україні застосовувались такі схеми (табл. 13):

Таблиця 13

Схеми антиретровірусного лікування новонароджених з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

№	Показники	2010	%	2011	%
1	Загальна кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, (живонароджених)	3881	100	3938	100
2	Кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримали АРВ-профілактику з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	3803	98,0	3904	99,1
2.1	з них: одним АРВ-препаратом, 7 днів	2913	72,9	3079	78,2
	одним АРВ-препаратом, 28 днів	383	9,6	244	6,2
	трьома АРВ-препаратами, 7/28 днів	507	12,7	581	14,7
3	Кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які не отримали АРВ-профілактику	78	2,0	34	0,9

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 даний показник вимірює частку ВІЛ-інфікованих жінок, які активно вживали ін'єкційні наркотики під час вагітності, та складає **3,5%** у 2011 році.

Чисельник включає кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які активно вживали ін'єкційні наркотики під час вагітності, що в 2011 р. складала 151 жінок.

Знаменник включає дані про загальну кількість ВІЛ-інфікованих жінок, у яких вагітність завершилася пологами та абортами, що у 2011 р. складала 4351 жінок.

До 2011 році в Україні статистична звітність у сфері ППМД не враховувала статус активного СНІ у вагітної, а включала тільки дані про кількість вагітних з парентеральним, при ін'єкційному вживанні наркотичних речовин, шляхом інфікування ВІЛ. Частка таких жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних дорівнювала 7,3% у 2008 р., 7,1% у 2009 р., 6,4% у 2010 р.

У 2011 році необхідні дані для цього показника були отримані в рамках удосконалення системи обліку та звітності у сфері ППМД.

ВІЛ-інфіковані вагітні, які є СНІ, все ще залишаються важкодоступною 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, складав 5,5% у 2009 р. та **7,3%** у 2011 р.

Чисельник включає кількість ВІЛ-інфікованих вагітних, які знаходились на замісної підтримувальної терапії під час вагітності, та дорівнює у 2010 р. 16 жінок, у 2011 р. – 29 жінок.

Знаменник включає кількість ВІЛ-інфікованих жінок – СІН, що зареєстровані з приводу вагітності, що у 2010 р. складала 288 жінок, у 2011 р. – 395 жінок.

Цей показник розраховується за оперативними даними ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України» в рамках удосконалення системи обліку та звітності у сфері ППМД. 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 (c) «Відсоток ВІЛ-інфікованих породіль СІН, які отримували АРВ-профілактику для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності»

Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних породіль СІН, які отримували АРВ-профілактику для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності, становив **65,3%** у 2011 р.

Чисельник включає кількість ВІЛ-інфікованих вагітних – СІН породіль, які отримали АРВ-профілактику для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, що у 2011 р. складала 228 жінок.

Знаменник включає кількість ВІЛ-інфікованих жінок – СІН, у яких вагітність завершилася пологами у 2011 р. – 349 жінок.

Цей показник розраховується за оперативними даними ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України» в рамках удосконалення системи обліку та звітності у сфері ППМД.

Отримані дані свідчать про низький 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 дасть змогу 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 (b) «Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування та на теперішній час його отримують»

Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування та на теперішній час його отримують, у 2011 році становив **69,89 %** (в абс. числах – 26 720 осіб, які отримують антиретровірусну терапію, серед 38 230 осіб, які перебувають на диспансерному обліку та мають показання до антиретровірусного лікування).

В Україні забезпечено рівний доступ до лікування як для жінок, так і для чоловіків, що засвідчують такі цифри – відсоток охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих жінок становив у 2011 році **70,52%** (отримали 12 911 осіб із 18 307, у яких є показання до АРТ), а чоловіків відповідно – **69,31%** (13 809 осіб із 19 923).

Значний відсоток охоплення дітей АРТ – **94,26%** (2 268 осіб із 2 406, які мають показання до АРТ) підтверджує правильно обраний шлях щодо пріоритетного доступу дітей до зазначеного виду лікування.

Для підрахунку цього показника використано дані тимчасової галузевої статистичної форми обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІД № 56 (таблиця 1000 цієї форми) Міністерства охорони здоров'я України «Звіт про надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД станом на 01.01.2012 р.».

Порівняння даного показника з даними минулих років неможливе через зміну методики його підрахунку.

Не зважаючи на значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ, темпи розширення програми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих осіб відстають від темпів приросту кількості осіб, які потребують АРТ, що пояснюється обмеженим фінансуванням. Недостатній рівень охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих осіб, які її потребують, вказує на необхідність термінової мобілізації зусиль державного та недержавного секторів щодо забезпечення універсального доступу до діагностики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД.

Показник 4.2 «Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії»

Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІД, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, за звітний період з 01.01.2011 р. по 31.12.2011 р. становив **82,29%** (продовжує отримувати лікування 5 993 особи з 7 282, які розпочали лікування в когорті 2010 року).

Серед тих, хто не отримує лікування через 12 місяців після його початку в когорті 2010 року, – 576 осіб померли та 713 осіб припинили лікування (з різних причин).

Для підрахунку зазначеного показника використані дані тимчасової галузевої статистичної форми обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІД № 57 (таблиця 3000 цієї форми) Міністерства охорони здоров'я України «Звіти про дорослих та дітей, які розпочали АРТ у когорті та лікуються 6, 12, 24 та 36 міс. за січень-грудень місяці 2011 року», когорти 2010 року.

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 01.01.2012 року 17% пацієнтів отримували лікування за кошти Глобального Фонду (6 раунд), 83% – за кошти Державного бюджету України.

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 та боротьби зі СНІД. В результаті цього до 2009 року спостерігалось поступове збільшення даного показника (2007 р. – 77,6%, 2008 р. – 82%, 2009 р. – 85%). Разом з тим темпи збільшення фінансування Загальнодержавної програми та спроможності центрів профілактики та боротьби зі СНІД не встигають за темпами приросту пацієнтів, які потребують лікування. Охоплення ВІЛ-інфікованих осіб антиретровірусною терапією та її супровід є недостатніми, тому з 2010 р. спостерігалось його зниження (2010 р. – 84%, 2011 р. – 82, 3%).

У структурі причин вибуття з АРТ протягом перших 12 місяців від початку терапії в когортах 2004–2007 років переважала смерть, зумовлена пізнім призначенням АРТ, починаючи з когорти 2008 року в структурі вибуття з АРТ домінує переривання АРТ з різних причин, передусім – немедичних.

На сьогодні необхідним є вдосконалення стратегії надання послуг з лікування, а саме децентралізації надання антиретровірусного лікування, швидкого розширення програм замісної терапії, а також ефективної профілактики, діагностики та лікування туберкульозу у людей, які живуть з ВІЛ.

Показник 4.2 (а) «Відсоток СІН із ВІЛ/СНІД, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії»

Відсоток СІН із ВІЛ/СНІД, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, за звітний період з 01.01.2011 р. по 31.12.2011 р. становив **73,24%** (продовжує отримувати 1 051 осіб з 1 435, які розпочали лікування в когорті 2010 року).

Для підрахунку зазначеного показника використано оперативну інформацію від регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІД на основі даних первинної облікової форми № 510-3/о «Журнал реєстрації хворих, які перебувають на АРТ у лікувальному закладі». Звітних форм для визначення даного показника на національному рівні немає. Дані щодо причин припинення терапії серед СІН в когорті 2010 року не збираються.

При підрахунку показника враховані активні споживачі ін'єкційних наркотиків та особи, які отримують замісну підтримувальну терапію та становлять 19,7 % від загальної когорти 2010 року.

Оскільки Україна вперше звітує за даним показником, провести порівняння з даними минулого року неможливо.

Відсоток СІН із ВІЛ/СНІД, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії, є суттєво нижчим за відповідний показник серед усіх осіб, які отримують АРТ. Це свідчить про необхідність посилення співпраці між закладами охорони здоров'я та неурядовими організаціями для забезпечення вчасного та повного доступу до медичних послуг і формування та підтримання прихильності до АРТ у СІН, а також подальшого розширення програми ЗПТ в Україні.

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

Відсоток людей з ВІЛ/СНІД, які отримують лікування через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії, за звітний період з 01.01.2011 р. по 31.12.2011 р. становив **70,77%** (продовжує отримувати 1 433 особи з 2 025, які розпочали лікування в когорті 2006 року).

Серед тих, хто не отримує лікування через 60 місяців після його початку в когорті 2006 року – 325 осіб померли та 267 осіб припинили лікування з різних причин.

Для підрахунку зазначеного показника використано дані тимчасової галузевої статистичної форми обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІД № 57 (таблиця 3000 цієї форми) Міністерства охорони здоров'я України «Звіти про дорослих та дітей, які розпочали АРТ у когорті та лікуються 6, 12, 24 та 36 міс. за січень-грудень місяці 2011 року», когорти 2006 року.

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. Тому спостерігається підвищення даного показника у 2011 р. (в когорті 2006 року) порівняно з 2009 р. (в когорті 2004 року – 65%) та 2010 р. (в когорті 2005 року – 68%).

Показник 4.2 (d) «Відсоток СІН із ВІЛ/СНІД, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії»

Відсоток СІН із ВІЛ/СНІД, які отримують лікування через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії, за звітний період з 01.01.2011 р. по 31.12.2011 р. становив **61,71%** (продовжує отримувати 448 осіб з 726, які розпочали лікування в когорті 2006 року).

Для підрахунку зазначеного показника використано оперативну інформацію від регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІД на основі даних первинної облікової форми № 510-3/о «Журнал реєстрації хворих, які перебувають на АРТ у лікувальному закладі». Звітних форм для визначення даного показника на національному рівні немає. Дані щодо причин припинення терапії серед СІН в когорті 2006 року не збираються. Через те, що повноцінний моніторинг антиретровірусної терапії розпочато з 2008 року, при підрахунку показника враховані усі особи, які інфікувалися ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотиків та розпочали терапію у 2006 році і які становлять 35,9 % від загальної когорти 2006 року.

Оскільки Україна вперше звітує за даним показником, провести порівняння з даними минулих років неможливо.

Відсоток СІН із ВІЛ/СНІД, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії, є суттєво нижчим за відповідний показник серед усіх осіб, які отримують АРТ. Це свідчить про необхідність посилення співпраці між закладами охорони здоров'я та неурядовими організаціями для забезпечення вчасного та повного доступу до медичних послуг і формування та підтримання прихильності до АРТ у СІН, а також подальшого розширення програми ЗПТ в Україні.

Показник 4.5 «Відсоток осіб із ВІЛ-інфекцією, які потребували АРВ-терапії на момент постановки діагнозу»

Відсоток осіб із ВІЛ-інфекцією, які потребували АРВ-терапії на момент постановки діагнозу, в Україні в 2011 р. становив **39,98%**. Цей показник розраховувався на основі статистичних форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІД, затверджених на початку 2005 р.

У 2011 р. в Україні узято під нагляд протягом звітного року з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (незалежно від стадії інфікування) 21 177 осіб, у тому числі 4 391 особу з поширеною ВІЛ-інфекцією та 4 076 осіб зі СНІД. Тобто, разом 8 467 осіб у пізній стадії захворювання на ВІЛ-інфекцію. Отже, відсоток осіб, які потребували АРВ-терапії на момент постановки діагнозу ВІЛ-інфекції, в Україні в 2011р. становив 39,98%.

Між різними регіонами та в межах окремих регіонів в країні у характері епідемії ВІЛ-інфекції досі існують значні відмінності. Кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції корелює з кількістю проведених обстежень на антитіла до ВІЛ та структурою тестування в регіонах.

Аналіз обсягів тестування на наявність антитіл до ВІЛ в регіонах України показав, що у 2011 р. зареєстровано значні територіальні коливання частки обстежень за рахунок місцевих бюджетів (без урахування обстежень донорів та вагітних, які здійснюються за рахунок державних закупівель). Загалом відсоток тестувань за рахунок місцевих бюджетів від загальної кількості тестувань у 2011 р. складав 40,5%, при цьому в АР Крим цей показник складав лише 27,1%, в Полтавській області – 21,8%, в м. Севастополі – 34,6%.

У регіонах, де доступність тестування залишається обмеженою, особливо для осіб з груп високого ризику інфікування ВІЛ, зареєстрована кількість випадків ВІЛ-інфекції може бути суттєво нижчою за реальну (Закарпатська, Івано-Франківська, Волинська, Запорізька та Донецька області), або буде виявлятися велика кількість ВІЛ-інфікованих осіб через наявність клінічних ознак хвороби. З кількості обстежень, що ними було підтверджено ВІЛ (без донорів і вагітних) в цілому по країні, майже 25,0% складають результати обстежень за клінічними показаннями. У ряді регіонів цей показник набагато вище: наприклад, у м. Севастополі – понад 35,0%, в АР Крим – майже 32,0 %, а в Полтавській області – 27,0%.

Відсоток осіб, які потребували АРВ-терапії на момент постановки діагнозу ВІЛ-інфекції, в 2011 р. по регіонах країни коливався від 78,17% в Івано-Франківській області до 14,29% в Закарпатській області (табл. 14).

Таблиця 14

Відсоток осіб, які потребували АРВ-терапії на момент постановки діагнозу в Україні в 2011 р.

Область/регіон	Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції	Кількість випадків СНІД	Кількість випадків поширеної ВІЛ-інфекції	Відсоток осіб, які потребували АРВ-терапії на момент постановки діагнозу, %
Івано-Франківська	142	21	90	78,17
АР Крим	1077	59	504	52,27
Полтавська	464	94	120	46,12
м. Київ	1269	281	298	45,63
м. Севастополь	241	62	47	45,23
Одеська	2080	410	523	44,86
Дніпропетровська	3447	900	613	43,89
Луганська	715	106	200	42,80

Область/регіон	Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції	Кількість випадків СНІД	Кількість випадків поширеної ВІЛ-інфекції	Відсоток осіб, які потребували АРВ-терапії на момент постановки діагнозу, %
Херсонська	716	102	204	42,74
Житомирська	458	86	105	41,70
Запорізька	523	101	111	40,54
Донецька	3994	802	696	37,51
Хмельницька	279	53	50	36,92
Київська	831	212	93	36,70
Харківська	565	124	83	36,64
Чернігівська	481	70	95	34,30
Чернівецька	106	11	25	33,96
Миколаївська	1132	32	347	33,48
Тернопільська	149	24	23	31,54
Черкаська	494	107	46	30,97
Вінницька	372	94	19	30,38
Сумська	202	28	30	28,71
Львівська	493	129	12	28,60
Волинська	280	63	13	27,14
Кіровоградська	358	75	14	24,86
Рівненська	246	25	26	20,73
Закарпатська	63	5	4	14,29
Україна	21177	4076	4391	39,98

Своєчасна діагностика та надання якісної АРВ-терапії мають визначальний вплив на показники смертності від захворювань, зумовлених СНІД, та виживання ВІЛ-інфікованих осіб, а також можуть мати безпосередній вплив на зниження поширеності ВІЛ.

На сьогодні АРТ є доступною в усіх 27 регіонах України. Втім охоплення АРТ є недостатнім для забезпечення потреб дедалі більшої кількості нових пацієнтів, які потребують лікування.

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 2010 р. становив **35,73%**. Дані надано за 2010 р. через відсутність даних щодо кількості хворих на туберкульоз серед ВІЛ-інфікованих громадян України за 2011 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 2010 р. 2 144 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 2010 р. становила 6 000 осіб з коливанням від 5 000 до 7 100.

Протягом 2007–2010 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. АРТ рекомендується розпочинати через 2–8 тижнів після початку протитуберкульозного лікування. В результаті даний показник виріс з 21% у 2008 р. до 35,73 % у 2010 р.

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

Показник 1.6 «Вітчизняні та міжнародні витрати на СНІД за категоріями та джерелами фінансування»

Дані для визначення цього показника були отримані в результаті проведеного у 2011 році дослідження з оцінки національних витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в Україні в 2009–2010 роках. В основу дослідження була покладена методологія Оцінки Національних Витрат на СНІД (National AIDS Spending Assessment, NASA), яка вперше

була адаптована до ситуації в Україні. Методологія дослідження зберігає ключові особливості NASA, які дають змогу говорити про наступність та взаємозв'язок цих підходів. Безпосередніми виконавцями дослідження були ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України» та регіональні центри СНІД. Технічну підтримку дослідження здійснювали МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ЮНЕЙДС.

Результати проведеного дослідження свідчать про те, що залежність України від зовнішніх джерел фінансування в організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в 2009 та 2010 роках зберігалась на рівні попередніх років. Майже **41%** всіх витрат на протидію епідемії забезпечується за рахунок зовнішніх джерел, серед яких найбільший внесок здійснює Глобальний Фонд (близько 34% та 37% від загальної суми витрат у 2009 та 2010 роках відповідно) (табл. 15 та 16).

Таблиця 15

Структура витрат за джерелами фінансування

Джерела фінансування	2009		2010	
	Сума, грн. ²⁹	% від загальної суми витрат	Сума, грн.	% від загальної суми витрат
Державний та місцеві бюджети	296 429 784	58,2	302 150 330	52,2
Міжнародні джерела	207 489 037	40,7	269 960 680	46,7
з них – Глобальний фонд	172 001 388	33,8	213 254 552	36,9
Недержавні джерела	5 527 643	1,1	6 229 198	1,1
Загалом	509 446 464	100,0	578 340 208	100,0

Таблиця 16

Структура витрат за заходами

Заходи	2009		2010	
	Сума, грн.	% від загальної суми витрат	Сума, грн.	% від загальної суми витрат
Профілактика	148 292 952	29,1	158 415 454	27,4
Лікування	211 176 121	41,5	241 546 154	41,8
Догляд і підтримка	21 373 565	4,2	29 093 793	5,0
Організаційні заходи	128 603 826	25,2	149 284 807	25,8
Загалом	509 446 464	100,0	578 340 208	100,0

Очікуване зменшення обсягів зовнішнього фінансування підсилює актуальність перегляду стратегії фінансового забезпечення заходів з протидії епідемії як щодо обсягу коштів, що спрямовуються на ці заходи, так і в сенсі визначення пріоритетних напрямів для фінансування.

Дані епідагляду та поведінкових досліджень свідчать про те, що на сьогодні епідемія ВІЛ-інфекції в Україні не демонструє стійких тенденцій до скорочення поширення. В умовах обмежених ресурсів та потреб, що зростають, необхідно чітко визначати пріоритети та спрямовувати ресурси в ті сфери, де вони принесуть найбільшу користь і справлять найбільш радикальний вплив на розвиток епідемії.

Під час розроблення нової державної цільової програми з протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні необхідно передбачити впровадження механізмів поступового зменшення залежності від зовнішнього фінансування та забезпечити підтримкою найбільш ефективні моделі організації надання послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки.

Розподіл загальних сум витрат за напрямками діяльності та джерелами фінансування представлений в таблицях нижче. В додатку до цього звіту розміщено Національну матрицю фінансування, в якій види заходів з протидії епідемії відповідають класифікатору категорій витрат згідно з методологією NASA.

У ході адаптації методології NASA до класифікатора заходів було внесено зміни. Зокрема, було враховано, що комплекс заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні має певну логічну структуру, визначену, в тому числі, чинною державною цільовою програмою на 2009–2013 рр. Саме така структура відображена в класифікаторі, з розрізненням чотирьох основних груп заходів, якими є: профілактичні заходи, лікувальні заходи, заходи з догляду та підтримки та адміністративні заходи. Крім того, класифікатор джерел фінансування відповідає реальній представленості конкретних організаційних структур у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні (табл. 17–20).

²⁹ Тут і далі абсолютні значення в гривнях наведені з округленням до цілих (без копійок) з метою полегшення сприйняття інформації.

Таблиця 17

Структура витрат на заходи з профілактики за джерелами фінансування

Джерела фінансування заходів із профілактики	2009		2010	
	Сума, грн.	% від загальної суми витрат на профілактику	Сума, грн.	% від загальної суми витрат на профілактику
Державні джерела фінансування, всього	79 220 191	53,4	76 462 135	48,3
Кошти державного бюджету (без зовнішніх запозичень)	32 218 950	21,7	39 510 593	24,9
Кошти державного бюджету (державні зовнішні запозичення)	758 516	0,5	351 627	0,2
Місцеві бюджети	46 128 781	31,1	36 234 098	22,9
Державні джерела фінансування не розділені за типом	113 944	0,1	365 818	0,2
Недержавні джерела фінансування, всього	754 233	0,5	1 132 708	0,7
Домогосподарства	201 102	0,1	282 672	0,2
Некомерційні підприємства, установи і організації	38 874	0,0	17 617	0,0
Комерційні підприємства, установи і організації	216 593	0,1	606 252	0,4
Недержавні джерела фінансування не зазначені вище	297 664	0,2	226 167	0,1
Міжнародні джерела фінансування, всього	68 318 528	46,1	80 820 611	51,0
Уряд Сполучених Штатів Америки	2 428 579	1,6	2 663 726	1,7
Уряди інших країн	4 379 178	3,0	4 799 632	3,0
Глобальний Фонд	53 267 438	35,9	64 676 091	40,8
Агенції ООН	4 591 495	3,1	4 576 546	2,9
Інші багатосторонні агенції	121 274	0,1	4 309	0,0
Міжнародні некомерційні організації, благодійні фонди	3 491 746	2,4	3 808 894	2,4
Інші міжнародні джерела фінансування	38 818	0,0	291 414	0,2
Загальна сума витрат на профілактику	148 292 952	100,0	158 415 454	100,0

Таблиця 18

Структура витрат на лікувальні заходи за джерелами фінансування

Джерела фінансування лікувальних заходів	2009		2010	
	Сума, грн.	% від загальної суми витрат на лікування	Сума, грн.	% від загальної суми витрат на лікування
Державні джерела фінансування, всього	180 702 861	85,6	178 944 126	74,1
Кошти державного бюджету (без зовнішніх запозичень)	129 894 539	61,5	111 836 701	46,3
Кошти державного бюджету (державні зовнішні запозичення)	4 343 139	2,1	1 989 329	0,8
Місцеві бюджети	44 368 167	21,0	62 694 883	26,0
Державні джерела фінансування не розділені за типом	2 097 017	1,0	2 423 213	1,0
Недержавні джерела фінансування, всього	584 818	0,3	389 606	0,2
Домогосподарства	156 730	0,1	101 417	0,0
Некомерційні підприємства, установи і організації	413 284	0,2	187 790	0,1
Комерційні підприємства, установи і організації	1 776	0,0	71 443	0,0
Недержавні джерела фінансування не зазначені вище	13 029	0,0	28 957	0,0
Міжнародні джерела фінансування, всього	29 888 441	14,2	62 212 422	25,8
Уряд Сполучених Штатів Америки	740 771	0,4	1 119 874	0,5
Уряди інших країн	0	0,0	33 052	0,0
Глобальний Фонд	28 286 723	13,4	59 276 004	24,5
Агенції ООН	509 894	0,2	1 333 229	0,6
Міжнародні некомерційні організації, благодійні фонди	351 053	0,2	450 263	0,2
Загальна сума витрат на лікування	211 176 121	100,0	241 546 154	100,0

Таблиця 19

Структура витрат на заходи з догляду та підтримки за джерелами фінансування

Джерела фінансування заходів з догляду та підтримки	2009		2010	
	Сума, грн.	% від загальної суми витрат на догляд і підтримку	Сума, грн.	% від загальної суми витрат на догляд і підтримку
Державні джерела фінансування, всього	4 396 666	20,6	7 645 346	26,3
Кошти державного бюджету (без зовнішніх запозичень)	3 060 928	14,3	5 374 105	18,5
Місцеві бюджети	1 335 738	6,2	1 665 041	5,7
Державні джерела фінансування не розділені за типом	0	0,0	606 200	2,1
Недержавні джерела фінансування, всього	1 447 204	6,8	1 716 745	5,9
Домогосподарства	936 607	4,4	1 114 361	3,8
Некомерційні підприємства, установи і організації	510 597	2,4	601 089	2,1
Недержавні джерела фінансування не зазначені вище	0	0,0	1 295	0,0
Міжнародні джерела фінансування, всього	15 529 696	72,7	19 731 702	67,8
Уряди інших країн	82 288	0,4	749	0,0
Глобальний Фонд	14 082 284	65,9	18 068 315	62,1
Агенції ООН	156 751	0,7	0	0,0
Міжнародні некомерційні організації, благодійні фонди	1 106 295	5,2	1 521 780	5,2
Інші міжнародні джерела фінансування	102 078	0,5	140 858	0,5
Загальна сума витрат на догляд та підтримку	21 373 565	100,0	29 093 793	100,0

Таблиця 20

Структура витрат на організаційні заходи за джерелами фінансування

Джерела фінансування організаційних заходів	2009		2010	
	Сума, грн.	% від загальної суми на організаційні заходи	Сума, грн.	% від загальної суми на організаційні заходи
Державні джерела фінансування, всього	32 110 067	25,0	39 098 723	26,2
Кошти державного бюджету (без зовнішніх запозичень)	511 969	0,4	664 883	0,4
Кошти державного бюджету (державні зовнішні запозичення)	0	0,0	817 160	0,4
Місцеві бюджети	31 397 691	24,4	37 361 530	25,0
Державні джерела фінансування не розділені за типом	200 407	0,2	255 150	0,2
Недержавні джерела фінансування, всього	2 741 388	2,1	2 990 139	2,0
Домогосподарства	775 187	0,6	2 789 698	1,9
Некомерційні підприємства, установи і організації	650 257	0,5	140 580	0,1
Комерційні підприємства, установи і організації	1 264 467	1,0	24 117	0,0
Недержавні джерела фінансування не зазначені вище	51 477	0,0	35 744	0,0
Міжнародні джерела фінансування, всього	93 752 371	72,9	107 195 945	71,8
Уряд Сполучених Штатів Америки	3 606 298	2,8	15 579 140	10,4
Уряди інших країн	1 317 190	1,0	2 674 354	1,8
Глобальний Фонд	76 364 943	59,4	71 234 143	47,7
Агенції ООН	4 506 201	3,5	8 054 129	5,4
Інші багатосторонні агенції	343 427	0,3	1 448 904	1,0
Міжнародні некомерційні організації, благодійні фонди	5 293 470	4,1	4 704 352	3,2
Інші міжнародні джерела фінансування	597 396	0,5	971 504	0,7
Міжнародні комерційні організації	1 723 447	1,3	2 529 419	1,7
Загальна сума витрат на організаційні заходи	128 603 826	100,0	149 284 807	100,0

Ціль 7. Вирішальні допоміжні фактори та спільні зусилля із секторами розвитку

Показник 7.1 «Зобов'язання країни та політичні інструменти (ЗКП) (профілактика, лікування, догляд та підтримка, права людини, залучення громадянського суспільства, гендерні питання, програми на робочих місцях, стигма та дискримінація, моніторинг та оцінка)» – Додатки 2,3 до Національного звіту

Показник 7.1 (с)Європейське доповнення до ЗКП – Додатки 4,5 до Національного звіту

РОЗДІЛ IV. ПЕРЕДОВІ ПРАКТИКИ

Протягом 2010–2011 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, які дали б змогу найбільш успішно реалізувати потенціал країни щодо відповіді на поширення епідемії ВІЛ/СНІД.

Політичне лідерство та відповідальність держави

У звітному періоді Глава держави, Президент України В. Янукович, та Уряд України приділяли серйозну увагу протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. Суттєвим досягненням стало прийняття Верховною Радою України 23 грудня 2010 року нової редакції Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», який скасував ряд дискримінаційних положень попереднього Закону, визнав роль замісної підтримувальної терапії як одного з основних заходів профілактики ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, упорядкував деякі дефініції та ін.

Завдяки спільним зусиллям державного і громадського секторів та за допомогою міжнародних організацій отримана суттєва фінансова допомога з боку Глобального Фонду боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією за 10 раундом – понад 300 млн. доларів на 2012–2016 рр., що дадуть змогу підтримати програми профілактики ВІЛ серед найбільш уразливих груп населення, зміцнити систему охорони здоров'я та надання лікування, догляду та підтримки людям, які живуть з ВІЛ/СНІД.

Протягом останніх 7 років впровадження грантів Глобального Фонду систематично стикається з перепонами, обумовленими певними відмінностями національного законодавства від процедур Глобального Фонду та міжнародної практики використання грантів. Зокрема, кошти, які є благодійною допомогою для України, обкладаються податками, а на проведення процедур з визнання товарів, що закуплені за кошти ГФ, гуманітарною допомогою витрачалось багато часу, що ставило під загрозу своєчасність проведення закупівель відповідно до нагальних потреб. Міністерством охорони здоров'я було розроблено, а Кабінетом міністрів України подано до Верховної Ради України проект Закону «Про внесення змін до Податкового кодексу України щодо оподаткування операцій, пов'язаних з використанням грантів Глобального фонду боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні», згідно з яким кошти Глобального фонду, які виділяються на боротьбу з ВІЛ/СНІД, в Україні не оподатковуватимуться, а процедури, пов'язані з митним оформленням товарів, будуть максимально спрощені.

У зв'язку із критичною ситуацією, що склалася навколо програм замісної терапії у 2010 році та невиконанням завдань Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки та програми Глобального Фонду, громадські та міжнародні організації висловили глибоку стурбованість станом справ і звернулись до керівництва країни з проханням вжити невідкладних заходів. Питання було розглянуто на рівні Прем'єр-міністра України і дані відповідні доручення органам центральної виконавчої влади щодо забезпечення розширення програм замісної терапії, впровадження рідких форм препаратів, вивчення передового міжнародного досвіду та покращення координації діяльності державних органів, громадянського суспільства та міжнародних організацій.

Зміцнення співпраці між неурядовими організаціями і державним секторами

Особливою прикметою минулих двох років стало міцне лідерство, адвокація та професійна спроможність неурядових організацій зробити суттєвий внесок у національну відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні. Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Міжнародний Благодійний Фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», а також їх місцеві осередки і партнери продемонстрували здатність ефективно впроваджувати комплексні програми з ВІЛ/СНІД. Визнанням цього потенціалу стало рішення Глобального Фонду боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією надати Україні грант в рамках 10 раунду, у впровадженні якого Альянс та Всеукраїнська мережа ЛЖВ, як основні ко-реципієнти, відіграватимуть значну роль.

Представники громадянського суспільства є також ключовими партнерами у розробці та впровадженні важливих компонентів діючої Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки. Понад 150 організацій громадянського

сектору є основними надавачами послуг з профілактики, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією/СНІД на місцевому рівні.

Послуги з догляду та підтримки є невід'ємною частиною системи допомоги для ВІЛ-позитивних людей, що включає в себе медичні та соціальні компоненти. Медична складова забезпечується в Україні мережею медичних установ – спеціалізованих (центри профілактики і боротьби зі СНІД) і загальних (пункти КіТ в поліклініках і лікарнях). Водночас соціальні послуги, на жаль, ще не стали доступними для широкого кола пацієнтів. В рамках реалізації проекту Глобального фонду основні реципієнти в тісній співпраці з отримувачами послуг, організаціями на нижчому рівні, урядовими установами і міжнародними експертами сформували пакет соціальних послуг. Пакет включає в себе соціальну, психологічну і юридичну підтримку, спрямування до медичних установ і організацій-партнерів, підтримку прихильності до лікування, надання продуктів харчування та основних пакетів гігієни. Крім того, стандарти надання соціальних послуг були розроблені і прийняті українським урядом. Для забезпечення безперебійного надання соціальних послуг були випробувані принципи їх фінансування. Тільки у 2011 році 46 000 клієнтів (36% від усіх зареєстрованих хворих) отримали повний комплекс послуг. Країна планує розширити доступ до послуг, маючи на меті досягнути 80% охоплення.

Програма менторської підтримки

Програма менторської підтримки була пілотована МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в 2010 році на базі МГР «Партнер» (м. Одеса) та отримала високу оцінку як учасників програми, так і спеціалістів. З 2011 року вже 4 організації почали впроваджувати цю програму. Програма менторської підтримки – це адаптована до українських реалій програма «Metro Safe», яка розроблена та впроваджена організацією The Metro Centre, Лондон, Великобританія.

Програма менторської підтримки базується на довготривалій співпраці впродовж 4–5 місяців одного ментора (наставника) з одним клієнтом та направлена на підвищення знань ЧСЧ про ВІЛ, зміну сексуальної поведінки та ставлення до ВІЛ-інфекції і до свого здоров'я. В рамках програми один ментор зустрічається з одним клієнтом раз на 2 тижні у зручний для обох час, протягом якого вони працюють упродовж 2–3 годин по одному з 10 чітко структурованих модулів:

«Модуль0: Знайомство»

«Модуль1: Базові знання про безпечні сексуальні практики»

«Модуль2: Поділись історією»

«Модуль3: Самооцінка»

«Модуль4: Вживання наркотиків та алкоголю»

«Модуль5: Бути геєм»

«Модуль6: Партнерські відносини»

«Модуль7: Зіткнення з проблемою»

«Модуль8: Соціальна роль і відповідальність /Уявляючи найгірше»

«Модуль9: Постановка мети»

Відслідковування змін у поведінці, навичках, знаннях та ставленні до свого здоров'я клієнтів відбувається у 4 етапи за допомогою анкети «БАСК» (англ. варіант BASK (behaviour, attitude, skills, and knowledge) у рамках 0, 5 та 9-го модулів, а також через 6 місяців після закінчення програми.

У ході оцінки Програми менторської підтримки було відмічено, що вона дає чітко структуровану інформацію про ВІЛ, ПСШ, шляхи їх передачі, профілактику та лікування. Крім того, варто зазначити, що дана програма сприяє розвитку спільноти і бере до уваги головні труднощі, з якими їй доводиться мати справу. Програма безпосередньо пов'язана з волонтерським рухом і допомагає його розвитку на базі НУО, і, найголовніше, програмою передбачена можливість аналізувати її вплив на кожного клієнта завдяки індивідуальному підходу, що зустрічається вкрай рідко на даному етапі в профілактичних програмах України.

Результати анкетування, що проводилося на різних етапах проекту, демонструють докорінні зміни у поведінці, ставленні, навичках та знаннях клієнтів. У клієнтів київської громадської організації «Гей-Альянс» відбулося підвищення середнього рівня знань, навичок, поведінки та ставлення з 55,7% до 93,6%. Дещо більш помірні, але все одно позитивні зміни були зафіксовані у клієнтів Мережі у Кривому Розі, де відзначається зростання цього показника з 79,9% до 89,2%. Під час 4-го анкетування клієнтам програми було запропоновано пройти тестування на ВІЛ швидкими тестами. Всі 22 клієнти цих двох проектів погодились його пройти. У ході тестування не було виявлено жодного позитивного результату, що і є основним досягненням програми.

Відгуки учасників програми

Ментори:

«Я тепер не тільки з клієнтами проходжу модулі, а ще й з друзями. Адже систематизовані знання (з даної тематики) роблять їх життя більш безпечним».

«І для мене було найважливішим переконати клієнта не практикувати незахищений секс. І, на мою думку, мені це вдалося».

Клієнт: *«Завдяки цим тренінгам я задумався про той спосіб життя, який я веду, про важливість безпеки своєї поведінки і про міру особистої відповідальності».*

Наразі існують плани впровадження цієї схеми в інших регіонах України.

Профілактика ВІЛ серед жінок секс-бізнесу за моделлю «Втручання силами рівних»

У 2010 році МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» ініціював пілотування моделі з профілактики ВІЛ серед жінок секс-бізнесу під назвою «Втручання силами рівних». Дана модель була розроблена американськими вченими-соціологами у 1980-х роках і довела свою ефективність у роботі із споживачами ін'єкційних наркотиків.

Профілактична робота за даною моделлю мала на меті:

- отримати доступ до нових груп ЖСБ;
- вивчити особливості цільової групи;
- дізнатися про потреби ЖСБ у специфічних послугах;
- дослідити ризикову поведінку представників цільової групи за допомогою дослідницького компоненту моделі;
- підвищити рівень знань клієнтів, запрошених до проекту, та надати їм якісні послуги з консультування і тестування на ВІЛ/ПСП.

Два успішних проекти (м. Київ та м. Сімферополь), які впроваджувалися регіональними НУО – партнерами-виконавцями Альянсу – дали поштовх для розширення діяльності до 7 регіональних проектів у 2011 році. Вони розпочали свою діяльність у березні 2011 року. НУО у таких містах, як Київ, Кіровоград, Харків, Севастополь, Рівне, Полтава, Нікополь надавали профілактичні послуги, якісне навчання, видаткові матеріали, а також проводили тестування на ВІЛ та ПСП для ЖСБ. Проектна діяльність закінчилася у вересні 2011 року. Послугами даних проектів було охоплено 2 701 жінку, залучену до секс-бізнесу. У січні 2012 року свою роботу розпочали 5 нових проектів «Втручання силами рівних: повторне охоплення», що будуть виконуватися протягом 2012 програмного року.

За результатами проекту місцевим НУО вдалося вийти на нові підгрупи ЖСБ – ті, що працюють на квартирах та інших малодоступних місцях надання секс-послуг, дівчат віком 14–18 років, а також жінок, які працюють через мережу Інтернет. Понад половина клієнток проекту була у віці до 25 років, які є найбільш вразливою підгрупою ЖСБ до інфікування ВІЛ та ПСП. Завдяки деяким проектам вдалося залучити ЖСБ у якості волонтерів, які на даний момент розповсюджують профілактичну інформацію у своєму середовищі і залучають до проекту нових клієнток.

Відгук однієї з клієнток проекту

Изменилась ли я после прихода в проект – да, изменилась. Я пересмотрела свои приоритеты и отношение к половой жизни, более осторожно стала себя вести в сексуальном плане, обязательно предохраняться, заранее узнавать, с кем иду, пересмотрела свое отношение к мужчинам. Очень много дает личная беседа и обучение, после этого не хочешь опускаться до того уровня, на котором была раньше – видишь последствия и то, к чему ты можешь прийти. Начинаешь задумываться над тем, над чем раньше не хотела задумываться, хоть и понимала это.

Клиентка проекта, г. Полтава

Розвиток гендерно-чутливих підходів до методів профілактики ВІЛ серед жінок, які вживають наркотики

У 2011 році на базі 5 неурядових організацій розпочалося впровадження пілотного проекту «Профілактика ВІЛ серед жінок СН» в рамках гранту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID).

Мета проекту полягала у впровадженні ефективних послуг зі зменшення шкоди для жінок, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, та покращення якості їх життя відповідно до власних оцінок. Проект приділяв належну увагу гендерним ролям та гендерній соціалізації в культурі споживачів наркотиків і в суспільстві в цілому без посилення стереотипів по відношенню до жінок і жінок-СН в тому числі. Тренінги з гендерних питань, концепції яких є новими для багатьох українців, сприяли розумінню надавачами послуг гендерних функцій у суспільстві, що дало змогу скорегувати методи роботи організацій і, в результаті, підвищити ефективність роботи з жінками-СН.

Даний проект підтримував заходи, які поліпшували доступ жінок до програм зменшення шкоди. Вони були спрямовані на задоволення потреб жінок у зниженні ризику внаслідок вживання наркотиків та зменшення бар'єрів на шляху до ефективної профілактики ВІЛ та інших послуг. Всі компоненти проекту були розроблені таким чином, щоб їх надання здійснювалося в безпечних з фізичної та емоційної точки зору жінок умовах, при яких до них ставилися б з гідністю та повагою.

Компоненти проекту:

1. Комбінація структурованих освітніх заходів, а саме: щотижнева групова робота з волонтерами, які працюють за принципом «рівний–рівному»; щомісячні тренінги та підтримка волонтерів, що працюють за принципом «рівний–рівному»; вторинний обмін шприців.
2. Короткостроковий догляд за дітьми.
3. Кейс-менеджмент для жінок-СІН.
4. Створення емоційно і фізично безпечної обстановки.
5. Зміна політик і процедур надання послуг жінкам-СІН.

Поліпшення якості надання послуг позитивно вплинуло на рівень відвідуваності організацій жінками-СІН, підвищення їх рівня знань, а також підвищення мотивації до використання більш безпечних ін'єкційних і сексуальних практик. Щодо позитивного ефекту гендерно-орієнтованих програм співробітники організацій в більшості випадків згадували той факт, що кількість клієнток збільшилася, як і збільшилася кількість їх візитів. Вони також відзначили збільшення довіри до організацій з боку клієнток, поліпшення розуміння потреб клієнтів, бажання клієнток отримувати послуги, збільшення частини гендерно-орієнтованих послуг (спеціальний день для жінок, аустріч-маршрут, сфокусований на потребах жінок), покращення розуміння гендерно-орієнтованого підходу штатними співробітниками організацій, покращення якості та збільшення кількості консультаційних занять і послуг, що надаються організацією.

Усиновлення ВІЛ-позитивних дітей-сиріт в Україні: руйнування стереотипів

Щороку в Україні 11% ВІЛ-позитивних матерів відмовляються від своїх дітей одразу після їх народження і близько 500 ВІЛ-позитивних дітей надходять до державних установ. Проблеми, з якими стикаються ці діти, включають в себе: обмежений доступ до догляду та підтримки; низький рівень прихильності до ВААРТ, статеве виховання, а також низькі шанси опинитися в колі родинної турботи порівняно з ВІЛ-негативними дітьми.

Заходи, здійснювані Всеукраїнською мережею ЛЖВ в межах проекту «Діти плюс», забезпечують безперервну підтримку ВІЛ-позитивних дітей, які в даний час проживають у державних установах у дев'яти областях України, зокрема була розроблена нова система розміщення ВІЛ-інфікованих сиріт у сім'ях. Це включає в себе пошук та підготовку потенційних прийомних батьків до прийняття ВІЛ-інфікованої дитини в сім'ю, робота з дитиною, перш ніж вона буде прийнята до прийомної сім'ї, а також її всебічну соціальну підтримку.

Наголос зроблений на тісній співпраці та системі перенаправлення з органами державної влади (службою усиновлення та опіки дітей, а також центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді), які є юридично відповідальними за розміщення дітей-сиріт у сім'ях на регіональному та національному рівнях. Були проаналізовані фактори, які вплинули на прийняття рішення щодо усиновлення ВІЛ-інфікованих сиріт. Був розроблений узагальнений соціологічний портрет усиновителя, а також вивчені основні характеристики ВІЛ-позитивних дітей, мотиви усиновителів і основні перешкоди, з якими стикаються прийомні батьки/сім'ї протягом 6 місяців з моменту прийняття дитини до сім'ї.

Навчально-виховна робота з персоналом державних установ, в тому числі семінари, ознайомчі поїздки, консультування на місці стали життєво важливими заходами для формування толерантного ставлення до дітей з позитивним ВІЛ-статусом, руйнуючи стереотипи про цих дітей і, врешті-решт, забезпечення їх правом бути усиновленими, жити і розвиватися у повноцінній сім'ї. В результаті проведеної роботи спорадичні випадки усиновлення перетворилися на систематичну діяльність, яка призвела до розміщення 106 дітей в родині. Досвід проекту «Діти плюс» може слугувати прикладом для інших країн Східної Європи.

Мобілізація громад для зміцнення антиретровірусної терапії на рівні країни

Значний прогрес в забезпеченні доступу до АРТ в Україні спостерігається протягом останніх 10 років. АРВ-терапія в Україні забезпечується головним чином за рахунок коштів державного бюджету (близько 83%), водночас як інші кошти надаються в рамках програми Глобального фонду. На жаль, уряд не виконує усі свої зобов'язання щодо надання АРТ. Протягом декількох років фінансування Загальнодержавної програми з ВІЛ/СНІД виконувалося лише на 50%.

Всеукраїнська мережа ЛЖВ спільно з Державною службою соціально захищених осіб України та іншими зацікавленими сторонами спрямувала пропагандистські зусилля на подолання цієї ситуації. Інформацію про вичерпання запасів деяких препаратів у всіх регіонах України було зібрано, стурбовані листи були направлені до регіональних та національних властей, питання було піднято на зустрічах з посадовими особами всіх рівнів.

Загальнонаціональна кампанія «Допоможіть вижити!» стала апогеєм відповідних заходів. Вона була спрямована на забезпечення повного фінансування програми АРТ в 2012 році як важливого компоненту Загальнодержавної програми з ВІЛ/СНІД. Інформаційно-пропагандистська кампанія почалася з прес-брифінгу, після якого 2000 листівок були направлені численним урядовцям, включаючи президента України, членам парламенту, міністрам, послам іноземних держав, керівникам міжнародних організацій та місій. Листівки були підписані дітьми, які просили допомогти їм і членам їх сімей отримати життєво важливі ліки. Акція була широко висвітлена в засобах масової інформації. В результаті вжитих зусиль Президент України дав доручення прем'єр-міністру забезпечити повне фінансування закупівель ліків для ВІЛ-позитивних пацієнтів при підготовці проекту державного бюджету на 2012 рік. На підтримку рішення Президента Мережа ЛЖВ розмістила рекламні щити в 15 містах країни із закликом до членів парламенту затвердити проект фінансування національної програми з ВІЛ/СНІД в державному бюджеті на 2012 рік. Кінцевим результатом цих зусиль було рішення про виділення в державному бюджеті на 2012 рік коштів на закупівлю АРВ-препаратів на суму, що є більшою на 64%, порівняно з 2011 роком. Це дасть змогу збільшити кількість пацієнтів, охоплених АРТ, на 80%. Пропагандистські кампанії показали, що голос організацій пацієнтів був почутий навіть Президентом і Парламентом країни, а спільнота може впливати на процес прийняття рішень на найвищому рівні в країні.

Проект «Кращі практики надання інтегрованої допомоги СН»

Розвиток інтегрованої допомоги пацієнтам з подвійною (ВІЛ/наркозалежність) або потрійною (ВІЛ/наркозалежність/туберкульоз) патологією визначено Загальнодержавною програмою на 2009–2013 роки одним з її пріоритетних напрямків. Накопичений досвід роботи центрів інтегрованої допомоги обумовив необхідність його поширення. З цією метою та за ініціативи Фонду Клінтона, фінансової підтримки Бюро ВООЗ в Україні та практичної допомоги БФ «Громадське здоров'я» (м. Кривий Ріг) наприкінці 2010 року було розпочато реалізацію проекту з обміну досвідом надання інтегрованої допомоги СН на базі обласного комунального закладу «Психоневрологічний диспансер м. Кривий Ріг» шляхом візитів членів мультидисциплінарних команд (МДК) з різних регіонів країни.

Базова програма візитів була розрахована на 2 робочих дня і коригувалась залежно від потреб та побажань учасників. Програма навчання включала безпосередню участь членів МДК у практичній роботі сайту (видача та облік препарату, ведення документації, спілкування з пацієнтами, розгляд цікавих випадків), а також спілкування з членами місцевої МДК, які презентували свою роботу, відповідали на запитання та приймали участь в дискусіях.

За період з листопада 2010 по липень 2011 року навчання пройшли 16 лікарів, 11 медичних сестер, 11 соціальних працівників та 3 психологи (всього 41 особа), які представляли наркологічні, психоневрологічні та протитуберкульозні диспансери, центри СНІД, міські і центральні районні лікарні та поліклініки з 12 областей України.

Головні інформаційні блоки стосувались наступного:

- Організація роботи центру інтегрованої допомоги на рівні установи та міжвідомча взаємодія (планування роботи, показники діяльності, кадрове забезпечення тощо);
- Робота лікаря-нарколога (прийом пацієнтів, дозування, типові ситуації, режим роботи, ознайомлення з обліковими та звітними документами тощо);
- Робота інфекціоніста – надання АРТ, забезпечення обстеження на СД4, вірусне навантаження, визначення потреб в лікуванні;
- Робота фтизіатра – виявлення випадків туберкульозу серед пацієнтів програм ЗПТ, ведення хворих, організація замісної терапії у тубдиспансері;
- Роль психолога, надання консультативних послуг та психотерапевтичних втручань;
- Робота соціального працівника – оцінка соціальних потреб пацієнта, організація надання послуг, документація;
- Інформаційний менеджер – презентація бази даних послуг, захист персональної інформації;
- Роль НУО в координації функціонування центру інтегрованої допомоги.

Із особливостей діяльності центру інтегрованої допомоги найбільший інтерес викликала організація видачі метадону із залученням двох медсестер. Така технологія прискорює процес видачі препарату, забезпечує кращий контроль за його прийомом, зменшує ризик помилок при веденні журналів обліку.

Учасники навчання позитивно оцінили досвід забезпечення безперервності лікування при госпіталізації клієнтів ЗПТ в інші стаціонари міста, зокрема врегулювання питання отримання метадону лікувальними закладами безпосередньо з аптеки «Фармація».

Багато дискусій точилися навколо політики дозувань метадону, а також тактики щодо складних пацієнтів, які вживають алкоголь та інші психоактивні речовини. Більшість учасників зголосилась на тому, що ці пацієнти не повинні виключатись із програми, а потребують додаткової уваги та послуг (консультування, стаціонарна допомога тощо).

Програма проведення візитів з обміну досвідом була презентована на національній конференції з ЗПТ у червні 2011 року. Відгуки учасників проекту підсилили інтерес до цієї програми та кількість бажаючих ознайомитись більш детально з досвідом роботи центру інтегрованої допомоги. Особливо це стосується фахівців із західних та центральних регіонів країни, які ще не були достатньо залучені до цього.

РОЗДІЛ V. ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ВІДПОВІДНІ ДІЇ

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності Незалежних Держав. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в країні характеризується широким поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення, в першу чергу серед осіб з груп високого ризику інфікування ВІЛ; нерівномірним поширенням ВІЛ-інфекції по території України; зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ; переважним ураженням осіб працездатного віку. Отже, стадія епідемії ВІЛ-інфекції в Україні на теперішній час класифікується як концентрована.

Кожного року показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від захворювань, зумовлених СНІД, продовжують зростати. Разом з тим, в останні роки з'явилися перші ознаки уповільнення епідемічного процесу ВІЛ-інфекції – намітилася чітка тенденція до стабілізації та зменшення кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед СІН, а відтак – до зниження інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

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.

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. Реалізації такої політики буде сприяти нова редакція Закону про СНІД, прийнята в грудні 2010 р. Цей Закон відповідно до норм міжнародного права визначає порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, необхідних для забезпечення ефективної протидії поширенню хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини, та відповідні заходи щодо правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ.

Іншим ключовим компонентом успіху є активне залучення громадянського суспільства. Завдяки реалізації грантів Глобального фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» і понад 150 їхніх субреципієнтів з успіхом забезпечують послуги для найуразливіших верств населення в Україні (2007– 012 рр.) щодо профілактики, догляду та підтримки, що стало запорукою отримання Україною гранту Глобального фонду 10 раунду.

До теперішнього часу більшість профілактичних втручань серед груп високого ризику інфікування ВІЛ підтримується за рахунок зовнішніх донорських організацій та реалізується неурядовими і деякими релігійними організаціями, практично без підтримки і контролю з боку держави. Разом з тим, необхідно підкреслити, що в останні роки покращилася якість та інтенсивність пріоритетних втручань. Національні експертні групи розробили базові пакети послуг з профілактики інфікування ВІЛ серед груп ризику за рекомендаціями ВООЗ. Такий пакет послуг включає розповсюдження стерильних шприців, інформаційних матеріалів, запровадження передтестового консультування та тестування на антитіла до ВІЛ, із застосуванням у тому числі експрес-тестів, роздачу презервативів, лікування ІПСШ, направлення, в разі необхідності, до соціальних та медичних фахівців, а також до програм замісної терапії. Цей спектр послуг сьогодні надається у всіх 27 адміністративних територіях України. Отже, реалізація заходів профілактики серед групи населення найвишого ризику інфікування ВІЛ – споживачів ін'єкційних наркотиків, мала вирішальну роль у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в країні – зниженні інтенсивності епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

Система консультування і тестування є одним з найбільш розвинених компонентів національних заходів з протидії ВІЛ/СНІД. Сьогодні вона забезпечує широке і дедалі зростаюче охоплення послугами з КіТ осіб з багатьох груп загального населення, але охоплення КіТ осіб з груп високого ризику залишається нерівномірним та недостатнім.

Відповідно до наказу МОЗ України 2010 р., починаючи з 01.01.2011 р. ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України» почав збирати дані про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію.

Аналіз структури передтестового консультування щодо закладів різних служб свідчить, що у 2011 р. в Україні найбільшу кількість передтестових консультувань проведено у закладах акушерсько-гінекологічної служби – 32,6%, інших закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) (районі та міські лікарні, багатопрофільні клініки, санітарно-епідеміологічні станції та ін.) – 24,7%, у межах діяльності служби переливання крові – 24,0% та служби СНІД – 21,4%. Ці дані демонструють, що консультування проводиться найчастіше серед вагітних та донорів крові, органів, тканин, клітин, біологічних рідин, тобто серед загального населення.

Вперше за роки впровадження системи КіТ проаналізовано стан розвитку послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію в Україні. Встановлено, що охоплення населення послугами КіТ на рівні 60% осіб з груп ризику щодо інфікування ВІЛ не було досягнуто за три роки реалізації Стратегії удосконалення системи консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, стандартизованої лабораторної діагностики на 2009–2013 роки (наказ МОЗ України 2009 р.). Групи ризику залишаються поза увагою спеціалізованих служб та закладів наркологічної, протитуберкульозної, дерматовенерологічної служб, Державної пенітенціарної служби України, Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, а також НУО.

Незважаючи на те, що мережа установ, що надають послуги з КіТ, є доволі розгалуженою, особливо у великих містах України, охоплення та якість КіТ є недостатніми. Варто зазначити, що лише центри профілактики та боротьби зі СНІД постійно надають послуги КіТ різним верствам населення, у тому числі особам з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, належного рівня та якості.

На виконання заходу Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки (Закон України від 19.02.2009 № 1026-IV)

щодо забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію різних категорій населення, ДУ «Український центр СНІДу МОЗ України» проводить моніторинг розвитку мережі кабінетів «Довіра» на районному рівні.

Станом на 01.01.2012 р. кількість закладів охорони здоров'я, на базі яких, відповідно до наказів управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, надаються послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, загалом складає 761 заклад: 49 закладів мережі регіональних і міських центрів СНІД та 712 інших ЗОЗ, що надають послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.

Станом на 01.01.2012 р. АРТ отримує 26 720 осіб, з них за кошти державного бюджету – 22 216 осіб (83,1%). Окрім того, в закладах пенітенціарної системи за кошти ГФ 6 раунду АРТ отримує 822 особи. Всього в Україні АРТ отримує 27 542 особи.

Незважаючи, на те що рушійною силою епідемії в Україні залишаються споживачі ін'єкційних наркотиків, частка активних СІН серед осіб, які отримують АРТ, становить лише 8,3% (даний показник не враховує пацієнтів, які одночасно з АРТ отримують замісну підтримувальну терапію). Низька частка активних СІН, серед офіційно зареєстрованих осіб, які потребують АРТ (10,3%, 1187 осіб), свідчить, що зазначена категорія пацієнтів має обмежений доступ не лише до АРТ, але й до медичної допомоги в цілому.

Станом на 01.01.2012 р. загальна потреба у АРТ складає 38 230 осіб. Серед тих, хто не отримує, але потребує АРТ – 11 510 осіб, з них 138 дітей (дані показники враховують лише пацієнтів, які перебувають під активним диспансерним спостереженням та зареєстровані в Системі моніторингу лікування).

Лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів є комплексним і включає широкий спектр різних видів медичної допомоги та соціально-психологічного супроводу. Протягом 2011 р. ВІЛ-інфікованим особам проведено профілактику та лікування 8 740 випадків опортуністичних інфекцій або супутніх захворювань препаратами, що були надані за рахунок коштів кредиту Світового банку та гранту ГФ 6 раунду.

З метою розширення доступу ВІЛ-інфікованих осіб до антиретровірусної терапії на районному рівні ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України» забезпечує організаційно-методичний супровід закладів охорони здоров'я щодо децентралізації надання АРТ. На сьогодні АРТ надається у 125 ЗОЗ на регіональному рівні та у 2 закладах на національному рівні.

Для забезпечення доступу до якісних медичних послуг з наданням АРТ у районах на базі кабінетів «Довіра» заклади охорони здоров'я АР Крим, Вінницької, Дніпропетровської, Донецької, Івано-Франківської, Миколаївської, Полтавської, Одеської, Луганської, Херсонської, Хмельницької областей та м. Київ отримали підтримку від ВБО «Всеукраїнська Мережа ЛЖВ»³⁰, МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона» та AIDS Healthcare Foundation³¹.

Паліативну допомогу станом на 01.01.2012 р. у закладах охорони здоров'я отримали 70 093 ВІЛ-інфіковані особи (56 616 – на базі центрів СНІД та 13 477 – на базі інших ЗОЗ), з них 2 066 ВІЛ-інфікованих осіб отримали хоспісну допомогу (1 292 – на базі центрів СНІД і 774 – на базі інших ЗОЗ).

На базі центрів СНІД у 12 регіонах налічується 370 стаціонарних ліжок, з них – 21 дитяче (5 центрів СНІД) та 70 хоспісних (10 центрів СНІД).

Відсутність стаціонарного ліжкового фонду в усіх регіональних центрах СНІД значно знижує можливості доступу до спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги, у т.ч. хоспісної, ВІЛ-інфікованих осіб в регіонах України, враховуючи стигматизацію представників груп ризику у ЗОЗ загальної мережі та низьку вмотивованість представників груп ризику до звернення за медичною допомогою.

³⁰ В рамках реалізації програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування і догляд для найуразливіших верств населення в Україні», яка реалізується за кошти ГФ (6 раунд).

³¹ В рамках проекту «Розширення доступу до лікування шляхом надання АРТ на базі кабінетів «Довіра».

РОЗДІЛ VI. СИСТЕМА МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ

А. Огляд наявної системи моніторингу і оцінки (МІО)

Україна досягла значного прогресу в демонстрації окремих ознак становлення та розвитку єдиної системи МІО відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції (ЄС МІО). Проте наповнення її реальним змістом та повноцінне функціонування поки що залишаються справою майбутнього.

Одним з найбільш розвинених компонентів ЄС МІО є система рутинного епідеміологічного нагляду, що постачає дані для моніторингу тенденцій розвитку епідемічного процесу. Ця система фінансується майже повністю за рахунок державного бюджету і використовує стандарти роботи, закладені задовго до початку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Іншим усталеним джерелом даних МІО є програмний моніторинг діяльності НУО, зокрема щодо виконання грантових програм Глобального фонду, а також біоповедінкові, епідеміологічні, економічні та інші дослідження й оцінки. Ці елементи системи МІО відзначаються застосуванням сучасних методологічних підходів та інструментів, а результати такої діяльності органічно доповнюють дані рутинного сероепідеміологічного моніторингу. Втім, отримані в такий спосіб дані часто не користуються довірою чиновників, які надають перевагу офіційній статистиці. Враховуючи таке ставлення з боку відповідальних осіб, а також те, що ця діяльність фінансується за рахунок міжнародних джерел, її стійкість та подальший розвиток є сумнівними в перспективі скорочення такого фінансування.

Труднощі, які постають на шляху розвитку ЄС МІО, не є специфічними для системи МІО епідемії ВІЛ-інфекції та заходів у відповідь, але характеризують культуру і традиції управління в цілому по країні. Попри ці труднощі, у 2010–2011 роках в сфері МІО відбулись позитивні зрушення.

Основними досягненнями за цей період можна назвати:

- Затвердження двох нормативно-правових документів щодо розвитку ЄС МІО:
 - Постанови Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2011 року № 1349 «Про єдину систему моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції», якою, зокрема, затверджено «Положення про єдину систему моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції» (Положення про ЄС МІО);
 - Наказу 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».

Наявність цих документів відкриває перспективу подальшого розвитку ЄС МІО, зокрема на субнаціональному рівні. Положення про ЄС МІО дає визначення основних термінів та встановлює межі відповідальності ключових гравців у державному секторі в сфері МІО. Національний план МІО є рамкою показників для моніторингу відповіді країни на епідемію і є зразком для формування субнаціональних планів МІО. Передбачається, що Національний план МІО розроблятиметься окремо для кожної наступної державної цільової програми в сфері ВІЛ і забезпечуватиме зворотній зв'язок у системі управління такими програмами.

- Розвиток регіональних систем МІО в рамках виконання завдань Загальнодержавної програми за фінансової підтримки програми Глобального фонду 6 раунду:
 - В структурі 27 регіональних центрів СНІД створені підрозділи з питань МІО, в 21 центрі вони укомплектовані принаймні однією штатною посадою;
 - працівники центрів МІО пройшли навчання на семінарах і тренінгах з питань МІО і на сьогодні мають значний інтелектуальний потенціал для забезпечення подальшого розвитку субнаціональних систем МІО.
- Проведення пілотного дослідження з оцінки витрат за національною методологією, яка відповідає міжнародним стандартам у цій сфері:
 - дослідження проведено на національному та субнаціональному рівнях із залученням державних, громадських та міжнародних інституцій;
 - результати дослідження можуть бути використані в якості вхідних даних для інших досліджень, зокрема в оцінках економічної ефективності та оцінки впливу на епідемію окремих програм та проєктів.

Б. 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 2008 році, було 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 Українського Центру СНІД. 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.

Розвиток «культури МІО» як компоненту програмного циклу та інструменту державної політики досі більшою мірою зумовлений впливом зовнішніх чинників, якими є:

- а) національні зобов'язання України щодо регулярного звітування за показниками досягнення цілей, сформульованих у деклараціях ООН та інших міжнародних документах;
- б) фінансування в рамках програм Глобального фонду (1, 6 та 10 раундів) на основі результативності, та пов'язана з цим потреба демонстрації результатів щодо досягнення цілей.

Попри те, що ці зовнішні чинники все ж таки стимулювали створення та розвиток окремих механізмів МІО, вони були орієнтовані більшою мірою на дотримання зовнішніх вимог щодо звітності, а не на забезпечення внутрішніх інформаційних потреб. Наголос на зборі даних з метою підготування звітів, що домінує в умовах адміністративно-командної парадигми державного управління, часто призводить до формалізації цього процесу, концентрації уваги на показниках рівня процесу та продукту, збільшення обсягів паперової роботи та продукування даних, завідомо непридатних для використання з метою покращення політик та програм.

Отже, внутрішні інформаційні потреби країни ще очікують свого чіткого формулювання з боку надавачів послуг, а також осіб, які приймають керівні рішення. Така артикуляція інтересів, особливо з боку державного сектору, може стати реальним поштовхом до розвитку ЄС МІО.

Тривале існування практики МІО, автономної по відношенню до реальних інформаційних потреб, створило ситуацію, в якій великий обсяг накопичених даних залишається невикористаним, а відсутність координації дослідницької діяльності у сфері ВІЛ призводить до її дублювання за напрямками, цілями та отриманими результатами.

Але навіть за необхідності звернутись до цих даних, часто це зробити проблематично, попри те, що на різних рівнях та в різних секторах створені окремі бази даних. Однією з досі актуальних рекомендацій Комплексної зовнішньої оцінки 2008 року є створення національної бази МІО епідемії ВІЛ-інфекції та заходів у відповідь, яка б містила ключові дані про епідемію, національні та регіональні заходи у відповідь, результати спеціальних досліджень тощо.

Таким чином, основною перешкодою на шляху повноцінного впровадження ЄС МІО 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.

Решта перешкод для розвитку ЄС МІО є лише наслідками:

- 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;
- недосконалість нормативно-правових актів, що регулюють діяльність з МІО;
- відсутність стратегії управління знаннями, ускладнений доступ до накопичених даних.

В. Заплановані заходи для подолання проблем

Очікуване зменшення обсягів зовнішнього фінансування підсилює актуальність перегляду стратегій та політик щодо організації відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні. 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. 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 урахує 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;
- розроблення 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 тощо;
- розроблення і державна підтримка сертифікованого навчального курсу з питань МІО, подальший розвиток людського потенціалу, орієнтований на підвищення здатності фахівців з МІО створювати інформаційні продукти належної якості для забезпечення інформаційних потреб організації ефективною відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні.

Г. Потреби в технічній допомозі й розвитку спроможності з МІО

Значна частина потреб у розвитку спроможності з МІО лежить за межами власне системи МІО і стосується загальних умов, у яких ця система функціонує. Серед таких умов – морально застаріла система управління, що ґрунтується на командно-контрольному підході й не передбачає наявності МІО в якості своєї складової. Інший приклад – загальна практика планування, орієнтованого на процес, що також є далеким від принципів МІО та управління, орієнтованого на результат.

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

- стратегічних документів, зокрема: політики з МІО та політики 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 електронного медичного реєстру в сфері ВІЛ;
- концепції зовнішньої інформаційної політики Українського Центру СНІД, 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.

ДОДАТОК 1. КОНСУЛЬТАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС/ПІДГОТОВКА НАЦІОНАЛЬНОГО ЗВІТУ ПРО ХІД РОБОТИ З МОНІТОРИНГУ ВИКОНАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ ПРО ВІДДАНІСТЬ СПРАВІ БОРОТЬБИ З ВІЛ/СНІД

1)	Які заклади/структури були відповідальними за заповнення форм для різних показників?	
	а) Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД	Ні
	б) Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально небезпечних захворювань	Так
	в) Державна установа «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України»	Так
	г) МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»	Так
2)	Внесок з боку центральних органів виконавчої влади:	
	Міністерство охорони здоров'я України	Так
	Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України	Так
	Міністерство закордонних справ України	Так
	Державна пенітенціарна служба України	Так
	Організацій громадянського суспільства:	
	ВБО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД»	Так
	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»	Так
	Приватного сектору: Futures Group International	Так
	Організацій системи ООН	Так
	Двосторонніх організацій: USAID	Так
	Інші:	
	Кримська республіканська установа «Центр профілактики та боротьби зі СНІДом», обласні центри профілактики і боротьби зі СНІД, Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІД, Комунальна установа «Одеський міський центр профілактики і боротьби зі СНІДом»	Так
3)	Чи обговорювався звіт на широкому форумі?	Так
4)	Чи зберігаються результати досліджень у центральній організації?	Так
5)	Чи доступні дані для проведення відкритих консультацій?	Так

Відповідальний за представлення Національного звіту та його супровід:

П.І.Б. та посада: Шидер Є.Г., фахівець з розвитку баз даних.

Дата: 31 березня 2012 року

Підпис:



Адреса: 03038, Київ, вул. Амосова, 5

E-mail: yshyder@gmail.com

Телефон: +380(044) 287-34-16

ДОДАТОК 2. НАЦІОНАЛЬНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ І ПОЛІТИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ

НЗПІ – Частина А [для державних посадових осіб]

Організація	П.І.Б./посада	Респонденти для частини А [вказуйте, в якій частині респондент відповідає на запитання]					
		А.І	А.ІІ	А.ІІІ	А.ІV	А.V	А.VІ
Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань	Александріна Тетяна Андріївна, голова	+	+	+	+	+	+
Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань	Єщенко Олена Григорівна, заступник голови	+	+	+	+	+	+
Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань	Зеленська Марина Володимирівна, начальник управління протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	+	+	+	+	+	+
Міністерство освіти і науки, молоді та спорту	Фіцайло Світлана Сергіївна, головний спеціаліст Департаменту загальної середньої та дошкільної освіти	+	+		+		
Міністерство соціальної політики	Сановська Вікторія Анатоліївна, заступник начальника Управління соціальних служб – начальник відділу впровадження соціальних технологій та соціальної роботи	+	+	+	+		
Державна служба молоді та спорту	Хохич Ігор Михайлович, директор Департаменту з питань молоді та комунікацій	+	+		+		
Державна пенітенціарна служба	Криворук Анатолій Іванович, начальник відділу лікувально-профілактичної роботи Управління охорони здоров'я та медико-санітарного забезпечення	+	+		+	+	
ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»	Нізова Наталія Миколаївна, директор	+	+		+	+	+

ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»	Щербінська Алла Михайлівна, заступник директора	+	+			+	
ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»	Жигінас Олександр Станіславович, в.о. завідувача Українського центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	+	+		+		+

Зазначте детальні дані для всіх респондентів.

I. СТРАТЕГІЧНИЙ ПЛАН

1. Чи розроблена в країні національна стратегія заходів у відповідь на ВІЛ?

(Міжвідомчі стратегії, серед іншого, повинні включати стратегії, розроблені міністерствами, зазначеними нижче у пункті 1.2)

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», який період вона охоплює?[впишіть]:

2009–2013

Якщо «ТАК», стисло опишіть основні доповнення/зміни у поточній національній стратегії порівняно з попередньою.

Якщо «НІ», стисло роз'ясніть причину.

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (далі – Програма) затверджена Верховною Радою України як закон на термін 2009–2013 роки. На виконання Загальнодержавної програми міністерствами розроблені відомчі програми (зокрема, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту, Державна пенітенціарна служба, а також регіональні програми в кожній області України.

Основні відмінності Загальнодержавної програми від попередніх п'яти програм полягають у тому, що вона має:

- вищий статус затвердження – Закон України;
- більший обсяг фінансування з державного та місцевих бюджетів;
- більшу кількість виконавців програми та відповідний розподіл фінансування.

Якщо «ТАК», заповніть відповіді на запитання 1.1. – 1.9; Якщо «НІ», перейдіть до запитання 2.

1.1. Які міністерства або інші державні органи несуть основну відповідальність за розробку і реалізацію національної міжвідомчої стратегії заходів у відповідь на ВІЛ?

Назви міністерств або інших державних

органів [впишіть]:

Державним замовником Програми є Міністерство охорони здоров'я, яке здійснює загальну координацію та контроль за її виконанням.

Виконавцями Програми, які мають заплановане фінансування з державного бюджету, є Державна пенітенціарна служба, Академія медичних наук України, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту, Національна академія наук України, Міністерство оборони, Міністерство соціальної політики.

Виконавцями Програми на регіональному рівні є місцеві державні адміністрації, які планують для її реалізації кошти з місцевих бюджетів.

Крім того, у виконанні різних заходів Програми без виділення окремого фінансування беруть участь Державна служба з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, Міністерство фінансів, Міністерство економіки, Міністерство юстиції, Міністерство внутрішніх справ, інші органи влади та установи.

1.2. Які сектори включені до міжвідомчої стратегії та мають конкретний бюджет для вжиття заходів у відповідь на ВІЛ?

СЕКТОРИ	Включені до стратегії		Мають спеціальний бюджет	
<i>Освіта</i>	<i>Так</i>	Ні	<i>Так</i>	Ні
<i>Охорона здоров'я</i>	<i>Так</i>	Ні	<i>Так</i>	Ні
<i>Праця</i>	<i>Так</i>	Ні	<i>Так</i>	Ні
<i>Військові/поліція</i>	<i>Так</i> ³²	Ні	<i>Так</i> ³³	Ні
<i>Транспорт</i>	Так	<i>Ні</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Жінки</i>	Так	<i>Ні</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Молодь</i>	<i>Так</i>	Ні	<i>Так</i>	Ні
<i>Інші [впишіть]:</i>	Так	Ні	Так	Ні
	Так	Ні	Так	Ні
	Так	Ні	Так	Ні

Якщо НЕМАЄ спеціального бюджету для деяких або для всіх перерахованих секторів, яке фінансування використовується для забезпечення здійснення ними конкретних заходів у відповідь на ВІЛ?

³² Тільки серед військовослужбовців.

³³ Тільки серед військовослужбовців, фінансування Міністерства оборони.

Фінансування заходів Програми крім державного та місцевих бюджетів здійснюється також за рахунок проекту Глобального Фонду (6 та 10 раундів), а також інших благодійних програм, проектів міжнародної технічної допомоги.

1.3. Чи включені до міжвідомчої комісії такі ключові інші групи населення, умови та наскрізні питання?

КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ ТА ІНШІ УРАЗЛИВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ		
<i>Чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Мігранти/мобільні групи населення</i>	<i>Так</i> ³⁴	Ні
<i>Сироти та інші уразливі діти</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Особи з обмеженими можливостями</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Споживачі ін'єкційних наркотиків</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Жінки комерційного сексу</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Трансгендерні особи</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Жінки та дівчата</i>	<i>Так</i> ³⁵	Ні
<i>Молоді жінки/молоді чоловіки</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Інші особливі уразливі групи населення</i> ³⁶ – особи, які утримуються в установах виконання покарань; звільнені з місць відбування покарань; безпритульні та бездомні громадяни, передусім діти, у тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, тощо.	<i>Так</i>	Ні
УМОВИ		
<i>Тюрми</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Школи</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Робоче місце</i>	<i>Так</i>	Ні
НАСКРІЗНІ ПИТАННЯ		

³⁴ Мігранти зазначені як одна з груп ризику інфікування ВІЛ серед завдань програми, але спеціальних заходів для них не передбачено.

³⁵ Вагітні жінки.

³⁶ Інші особливі уразливі групи населення, крім зазначених вище, можуть включати ті, що, за наявними даними, на місцевому рівні вважаються групами населення підвищеного ризику зараження ВІЛ (зокрема, в алфавітному порядку): бісексуали, **внутрішні мігранти**, клієнти жінок комерційного сексу, корінне населення, ув'язнені, а також біженці.

<i>Вирішення проблем стигми та дискримінації</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Можливості статей та/або гендерна рівність</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>ВІД/СНІД та бідність</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Захист прав людини</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Участь людей, що живуть з ВІЛ</i>	<i>Так</i>	Ні

Якщо «НІ», як були визначені ключові групи населення?

1.4. Які ключові групи населення (у тому числі, уразливі) ідентифіковані у країні для здійснення програм, спрямованих проти ВІЛ? [впишіть]:

КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ

Ключові групи для первинної профілактики ВІЛ-інфекції:

- молодь, зокрема учнівська;
- працююче населення;
- військовослужбовці;
- загальне населення (аудиторія ЗМІ та соціальної реклами).

Ключові групи для профілактики серед представників груп ризику:

- споживачі ін'єкційних наркотиків;
- особи, які утримуються в установах виконання покарань;
- звільнені від відбування покарань;
- особи, які займаються проституцією;
- мігранти³⁷;
- безпритульні та бездомні;
- діти, у тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах,
- чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками.

Ключові групи для профілактики серед ВІЛ-позитивних осіб:

- ВІЛ-позитивні вагітні жінки, породілля та народжені діти;
- ВІЛ-позитивні особи;

Ключові групи для специфічних профілактичних заходів:

- донори крові;
- особи, які мали контакт з біологічними рідинами, пов'язаними з ризиком інфікування ВІЛ.

³⁷ Формально зазначена в тексті програми як цільова група, але фактично не передбачено спеціальних профілактичних заходів.

--

1.5. Чи включає міжвідомча стратегія робочий план?

Так	Ні
-----	----

1.6. Чи включає міжвідомча стратегія або робочий план наступне:

a. <i>Формальні програмні цілі</i>	Так	Ні
b. <i>Чіткі цільові задачі або проміжні віхи</i>	Так	Ні
c. <i>Деталізовані витрати за кожною окремою програмною галуззю</i>	Так	Ні
d. <i>Зазначення джерел фінансування для підтримки реалізації програм</i>	Так	Ні
e. <i>Концепцію моніторингу та оцінки</i>	Так	Ні

1.7. Чи забезпечена в країні «повна участь» громадянського суспільства³⁸ у розробці міжвідомчої стратегії?

Активна участь	Помірна участь	Участь відсутня
-------------------	-------------------	--------------------

Якщо АКТИВНА УЧАСТЬ, стисло роз'ясніть як вона була організована:

Організації громадянського суспільства (як національні, так і міжнародні) брали активну участь у процесі розробки проекту Програми та заходів – входили до складу робочої групи з підготовки проекту Програми, подавали письмові пропозиції, проводилось широке громадське обговорення.

Також громадські та благодійні організації були включені в програму як співвиконавці, зокрема основні реципієнти проектів Глобального Фонду – Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та Всеукраїнська Мережа ЛЖВ.

³⁸ Громадянське суспільство, серед іншого, включає: мережі людей, що живуть з ВІЛ, жіночі організації; молодіжні організації; організації, орієнтовані на ключові групи населення (у т.ч. чоловіків, що мають статеві контакти з чоловіками, трансгендерних осіб, жінок комерційного сексу, осіб, що вживають ін'єкційні наркотики, мігрантів, біженців/переміщених осіб, ув'язнених); конфесійні організації; СНІД-сервісні організації; організації на рівні громад; профспілкові організації, організації з прав людини тощо.
Примітка: в цілях цих НЗП приватний сектор розглядається окремо.

Якщо УЧАСТЬ ВІДСУТНЯ або є ПОМІРНА УЧАСТЬ, стисло роз'ясніть причини:

1.8. Чи була затверджена міжвідомча стратегія більшістю зовнішніх партнерів за процесом розвитку (двосторонніх та багатосторонніх)?

Так	Ні	Н/С
-----	----	-----

1.9. Чи погодили та гармонізували зовнішні партнери за процесом розвитку свої програми у зв'язку з ВІЛ із національною міжвідомчою стратегією?

Так, усі партнери	Так, деякі партнери	Ні	Н/С
-------------------	---------------------	----	-----

Якщо «ТАК», ДЕЯКІ ПАРТНЕРИ або «НІ», стисло роз'ясніть, в яких галузях немає погодження/гармонізації і чому

2. Чи включені в країні питання ВІЛ у такі загальні плани розвитку, як-от: (а) національний план розвитку, (б) загальна оцінка країни / Рамкова програма ООН із надання допомоги у цілях розвитку, (с) стратегія подолання бідності, а також d) секторальний підхід?

Так	Ні	Н/С
-----	----	-----

2.1. Якщо «ТАК», в який конкретний план (и) розвитку включена підтримка у зв'язку з ВІЛ?

ПЛАНИ РОЗВИТКУ			
Національний план розвитку	Так	Ні	Н/С
Загальна оцінка країни / Рамкова програма ООН із надання допомоги у цілях розвитку	Так	Ні	Н/С
Стратегія подолання бідності	Так	Ні	Н/С
Секторальний підхід	Так	Ні	Н/С
Інші [впишіть]:	Так	Ні	Н/С
	Так	Ні	Н/С

2.2. Якщо «ТАК», які конкретні галузі дій у зв'язку з ВІЛ включені до одного або кількох планів розвитку?

ГАЛУЗЬ ДІЙ У ЗВ'ЯЗКУ З ВІЛ		
Послаблення впливу ВІЛ	Так	Ні
Зменшення гендерної нерівності у зв'язку з профілактикою / лікуванням, доглядом та/або підтримкою	Так	Ні
Зменшення нерівності доходів у зв'язку з профілактикою / лікуванням, доглядом та/або підтримкою	Так	Ні
Зниження рівня стигми та дискримінації	Так	Ні
Лікування, догляд та/або підтримка (включно з соціальним забезпеченням та іншими схемами)	Так	Ні
Економічні можливості жінок (напр., доступ до кредитних або земельних ресурсів, до освіти)	Так	Ні
Інше [впишіть]:	Так	Ні

3. Чи проводилась у країні оцінка наслідків ВІЛ для її соціально-економічного розвитку у цілях планування?

Так	Ні	Н/С
-----	----	-----

Дослідження «Соціально-економічний вплив ВІЛ/СНІДу в Україні» спільно провели Світовий банк, Міністерство охорони здоров'я за участі Об'єднаної програми ООН по ВІЛ/СНІД та Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД. У дослідженні оцінюється коротко- та середньостроковий (2004–2014 рр.) вплив ВІЛ/СНІД та надаються політичні рекомендації. Рівень застосування зазначених рекомендацій було оцінено в попередньому звіті (2010 рік).

3.1. Якщо «ТАК», якою мірою (за шкалою від 0 до 5, де 0 – Низька, а 5 – Висока) оцінка наслідків ВІЛ була використана для прийняття рішень, пов'язаних з виділенням коштів?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

4. Чи існує в країні стратегія для вирішення проблем ВІЛ серед національних силових структур (як-от збройні сили, поліція, миротворчі сили, співробітники тюрем тощо)?

Так	Ні
-----	----

5. Чи виконувала країна зобов'язання, передбачені Політичною декларацією про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД 2011 року?³⁹

Так	Ні
-----	----

5.1. Чи були належним чином переглянуті національна стратегія та національний бюджет з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

5.2. Чи є надійні оцінки поточних та майбутніх потреб в антиретровірусному лікуванні дорослих та дітей, які потребують цього?

Оцінка поточних та майбутніх потреб	Оцінка тільки поточних потреб	Ні
-------------------------------------	-------------------------------	----

5.3. Чи здійснюється моніторинг: охоплення програмами з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

(a) Якщо «ТАК», чи здійснюється моніторинг охоплення з розбивкою за статтю (чоловіки, жінки)?

Так	Ні
-----	----

(b) Якщо «ТАК», чи здійснюється моніторинг охоплення з розбивкою за групами населення?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», за якими групами населення?
Вік, стать
Стисло роз'ясніть, як використовується ця інформація:
Для планування потреб в послугах, зокрема лікування, планування бюджетних потреб та закупівлі АРТ і препаратів для лікування опортуністичних інфекцій.

³⁹ Політична декларація з ВІЛ/СНІД: активізація зусиль з викорінення ВІЛ/СНІД, A/RES/65/277, 10 червня 2011 року.

--

(с) Чи здійснюється моніторинг охоплення за географічними районами?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», на якому географічному рівні (провінція, район, інше)?
Обласний рівень. На рівні області здійснюється моніторинг на рівні районів та міст.
Стисло роз'ясніть, як використовується ця інформація:
Для планування потреб в послугах та лікування з урахуванням регіональної специфіки, забезпечення медичними препаратами для лікування та лабораторної діагностики, планування бюджету.

5.4. Чи розроблено в країні план посилення систем охорони здоров'я?

Так	Ні
-----	----

Будь-ласка, зазначте у відповіді, які наслідки це мало для інфраструктури, кадрових ресурсів і потенціалу, а також системи логістики для забезпечення лікувальними препаратами у сфері ВІЛ:

В Україні 2011 року розпочата чергова фаза реформування системи охорони здоров'я⁴⁰, яка передбачає запровадження нових підходів у наданні медичної допомоги, запровадження стандартів якості, зміни системи фінансування закладів охорони здоров'я через замовлення медичних послуг. Зазначена реформа буде мати суттєвий позитивний вплив на медичну галузь, в цілому, та сферу протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, зокрема.

⁴⁰ Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги», Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

--

6. *Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) зусилля з планування стратегії у рамках програм з ВІЛ у 2011 році?*

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

Можна стверджувати, що в Україні реалізуються «Триєдині принципи» – в країні існує єдиний координаційний орган (Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД), єдина стратегія (Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД) та єдина система моніторингу та оцінки (положення затверджено Постановою КМУ від 28 грудня 2011 р. N 1349 «Про єдину систему моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції»).

Державний та недержавний сектор має спільне бачення проблеми та стратегії протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

На виконання Загальнодержавної програми були розроблені відомчі стратегії по всім видам послуг, детальними розрахунками фінансування в регіональному розрізі.

Розробка Національного та регіональних операційних планів на 2011–2013 роки за широкої участі представників органів влади, медичних закладів, соціальних служб та громадськості стало інноваційним підходом до планування, дало змогу визначити всі потреби, забезпечити реальну участь надавачів послуг у процесі планування.

Важливим досягненням є подання заявки України на 10 раунд Глобального Фонду та отримання фінансування.

Розроблено Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІД.

Проводиться робота по розробці проекту Національної стратегії тристороннього співробітництва з протидії ВІЛ/СНІД у сфері праці на 2012–2017 роки.

В останні роки держава віддає більший пріоритет лікуванню ЛЖВ, що сприяло скороченню темпів росту епідемії в кілька разів.

Було проведено оцінку фінансових витрат на заходи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД за 2009–2010 роки.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Процес стратегічного планування відбувається у потрібному напрямку, але завжди є можливості для удосконалення.

Затримка фінальних результатів Комплексної зовнішньої оцінки (були надані в середині 2009 року) на жаль не дала змоги повністю використати її рекомендації при плануванні Загальнодержавної програми (програма була розроблена в 2008 році, затверджена на початку 2009 року).

В умовах фінансової кризи не забезпечується необхідного рівня фінансування всіх напрямів протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, результатом чого є недостатній масштаб програм профілактики, зокрема серед загального населення, для підвищення рівня знань щодо ВІЛ-інфекції, формування навичок безпечної поведінки. Проведення профілактичної діяльності в умовах відсутності державного фінансування можливе лише завдяки залученню фінансування, зокрема проектів Глобального Фонду.

Досі не визначена стратегія продовження програм та послуг після завершення фінансування Глобального Фонду.

Необхідно провести комплексну оцінку виконання Загальнодержавної програми.

Для ефективного впровадження обраної стратегії ключовими виконавцями Загальнодержавної програми були розроблені відомчі стратегії по всім видам послуг, детальні розрахунки фінансування в регіональному розрізі, а також обласні програми з урахуванням регіональної специфіки епідемії.

З метою визначення конкретних заходів, потреб у послугах та технічній допомозі, а також визначення всього спектру потреб в кожній області України були розроблені регіональні операційні плани, які стали основою Національного операційного плану на 2011–2013 роки. Інноваційний підхід операційного планування дав змогу забезпечити реальну участь надавачів послуг у процесі визначення потреб та широку залученість представників органів влади, медичних закладів, соціальних служб та громадськості.

Національний операційний план став основою для заявки України на 10 раунд Глобального Фонду для боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією. У розробці заявки брали участь представники всіх зацікавлених партнерів з державного та недержавного секторів.

Державний та недержавний сектор має спільне бачення проблеми та стратегії протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Планування та спільне прийняття рішень щодо конкретних кроків відбувається шляхом відкритого обговорення та робочих груп. Взагалі міжсекторальна координація здійснюється в рамках діяльності Національної координаційної ради та відповідних регіональних рад.

Однією з головних проблем, яку відмічали більшість респондентів, є вкрай недостатнє фінансування заходів Загальнодержавної програми за рахунок бюджетних коштів. В умовах фінансової кризи не забезпечується необхідного рівня фінансування всіх напрямів протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, результатом чого є недостатній масштаб програм профілактики, зокрема серед загального населення.

Проведення профілактичної діяльності в умовах відсутності державного фінансування можливе лише завдяки залученню фінансування, зокрема проектів Глобального Фонду.

Крім того, залишається відкритим питання щодо стратегії продовження програм та послуг після завершення фінансування Глобального Фонду.

Взагалі, зусилля України, спрямовані на планування стратегії протидії епідемії ВІЛ-інфекції впродовж 2010–2011 років, були оцінені експертами як такі, що мають тенденцію до зростання.

Рік	Кількість балів
2003	4
2005	4
2007	5
2009	6
2011	7

II. ПОЛІТИЧНА ПІДТРИМКА ТА ЛІДЕРСТВО

Потужна політична підтримка включає: підтримку з боку керівництва уряду та політичних лідерів, які часто висловлюються з питання СНІД та різними способами проявляють лідерство у цій сфері; виділення коштів з національного бюджету для підтримки програм з ВІЛ; а також ефективне використання урядових організацій та організацій громадянського суспільства для підтримки програм з ВІЛ.

1. Чи виступають названі нижче високопосадові офіційні особи відкрито на захист заходів у відповідь на ВІЛ під час основних національних форумів не менше ніж двічі на рік?

A. Міністри

<i>Так</i>	Ні
------------	----

B. Інші офіційні особи, які обіймають високі посади на субнаціональному рівні

<i>Так</i>	Ні
------------	----

1.1. Чи здійснював голова уряду або інші високопосадові офіційні особи якісь дії, що демонструють лідерство у проведенні заходів у відповідь на ВІЛ, за останні 12 місяців?

(Наприклад, обіцяли виділити більше ресурсів для усунення недоліків у здійсненні заходів у відповідь на ВІЛ, висловлювались щодо ВІЛ з точки зору дотримання прав людини під час основних національних/міжнародних форумів, відвідували клініки для профілактики та лікування ВІЛ тощо)

Так

Ні

Коротко опишіть дії/наведіть приклади, що демонструють лідерство з боку голови уряду або інших високопосадових офіційних осіб:

У своєму зверненні Президент України В. Янукович до Генеральної асамблеї ООН (8 червня 2011 р.)⁴¹ висловив повну підтримку нової стратегії ЮНЕЙДС до 2015 року «Прагнення до нуля», глобального плану «Зворотний відлік до нуля» щодо недопущення нових випадків ВІЛ-інфекції серед дітей до 2015 року зі збереженням життя матерів, а також нової Політичної декларації Засідання високого рівня.

У грудні 2010 року ухвалено нову редакцію Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», яка створює більш прогресивні та досконалі умови щодо впровадження програм та послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Завдяки підтримці Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД, посадовців Міністерства охорони здоров'я, Державної служби соцзахворювань України весь період розробки та доопрацювання заявки України до Глобального Фонду (10 раунд) стало можливим залучити фінансування та довести готовність та потенціал Державної установи «Український центру СНІДу МОЗ України» бути Основним реципієнтом проекту Глобального Фонду.

Президент України В. Янукович дав доручення Прем'єр-міністру М. Азарову профінансувати в 2011 році закупівлю ліків для ВІЛ-інфікованих людей у повному обсязі. Глава держави також доручив Уряду врахувати потреби ВІЛ-інфікованих у ліках при підготовці проекту Державного бюджету на 2012 рік та вжити всіх необхідних заходів для доставки ліків тим, хто їх потребує.

У 2010 році відбулось повне реформування центральних органів виконавчої влади⁴², під час якої були ліквідовані або реорганізовані більшість міністерств, комітетів та служб. Але питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІД має високий пріоритет у державі, тому було утворено урядовий орган – Державна служба з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально-небезпечних хвороб. На відміну від попередньої структури – Комітету – Державна служба соцзахворювань України має вищий статус, більше повноважень та структуру.

При Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД створена Комісія з нагляду за розробкою заявок, веденням переговорів та реалізацією програм, які здійснюються за рахунок коштів Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією.

Організація та проведення міжнародного круглого столу з питань профілактичної освіти та політики щодо питань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією у системі освіти (10–11 листопада 2011 р.), відбулися за участі представників міжнародних організацій та агентств ООН, міністрів освіти країн Центральної Азії та Східної Європи, громадського сектору. Директор Бюро ЮНЕСКО в Москві Дендев Бадарч висловив подяку Міністру освіти і науки, молоді та спорту Д. Табачнику.

У рамках підготовки України до проведення Євро-2012 проводяться масштабні інформаційні кампанії профілактичної спрямованості, зокрема «Червона картка», «Чесна гра», «Не дай СНІДу шанс» та ін. Взагалі, процес підготовки до Євро-2012 залучив багато спортсменів та відомих осіб до участі в інформаційних кампаніях

⁴¹ <http://www.president.gov.ua/news/20313.html>

⁴² Указ Президента України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 9 грудня 2010 року № 1085/2010, Указ Президента України «Питання Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань» від 8 квітня 2011 року № 441/2011.

щодо профілактики ВІЛ та формування толерантного ставлення.

2012 рік оголошено роком спорту та здорового способу життя⁴³.

2. Чи існує в країні офіційно визнаний загальнонаціональний міжвідомчий координаційний орган з ВІЛ (тобто Національний комітет з ВІЛ/СНІД або еквівалентна структура)?

Так

Ні

Якщо «НІ», стисло роз'ясніть причини, а також розкажіть, як здійснюється управління програмами зі СНІД:

2.1.

Якщо «ТАК», чи має місце наведене нижче щодо національного міжвідомчого координаційного органу з ВІЛ:

Наявність певних повноважень (технічних завдань)

Так

Ні

Активне управління та участь у діяльності з боку уряду

Так

Ні

Наявність офіційно призначеного голови

Так

Ні

Якщо «ТАК», яка його/її П.І.Б., посада?

Богатирьова Раїса Василівна, Віце-прем'єр-міністр України, Міністр охорони здоров'я

Наявність певної кількості членів?

Так

Ні

Якщо «ТАК», скільки?

⁴³ Розпорядження КМУ від 27 квітня 2011 р. N 360-р «Про заходи щодо підготовки та проведення в Україні у 2012 році Року спорту та здорового способу життя».

30		
<i>Наявність у складі його членів представників громадянського суспільства?</i>	Так	Ні
<i>Якщо «ТАК», скільки?</i>		
10		
<i>Наявність у складі його членів осіб, що живуть з ВІЛ?</i>	Так	Ні
<i>Якщо «ТАК», скільки?</i>		
2		
<i>Наявність у складі його членів представників приватного сектору?</i>	Так	Ні
<i>Посилення з його боку координації діяльності донорів, аби уникнути паралельного фінансування та дублювання дій у рамках програм та звітності?</i>	Так	Ні

3. Чи існує в країні механізм, що сприяє процесу взаємодії між урядом, організаціями громадянського суспільства та приватним сектором для реалізації стратегій/програм з ВІЛ?

Так	Ні	Н/С
------------	----	-----

Якщо «ТАК», стисло опишіть основні досягнення:

Представники міжнародних та громадських організацій включені до складу та беруть активну участь у діяльності всіх робочих груп, що створені при МОЗ та Держслужбі соцзахворювань України. Для вивчення громадської думки, проведення широкого обговорення рішень та проектів нормативних документів при Державній службі з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально-небезпечним хворобам створена Громадська рада.

Прикладом міцної взаємодії є впровадження проекту Глобального Фонду 10 раунд у співпраці трьох основних реципієнтів, які належать до різних секторів, а саме – державний сектор Український центр профілактики та боротьби зі СНІД, недержавний сектор – Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.

При Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД створена Комісія з нагляду за розробкою заявок, веденням переговорів та реалізацією програм, які здійснюються за рахунок коштів Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. До складу Комісії входять представники міжнародних та неурядових організацій.

Експерти міжнародних та громадських організацій залучаються для проведення зовнішньої оцінки державних програм

Неурядові організації роблять значний внесок для недопущення переривання послуг, особливо антиретровірусної терапії.

Неурядові організації постійно адвокатують зниження цін на АРВ-препарати, які закуповуються за рахунок коштів державного бюджету.

Налагоджена тісна співпраця державних структур та громадських організацій для здійснення профілактичних програм та залучення грантових коштів.

Якісне покращення партнерства на регіональному рівні завдяки діяльності обласних координаційних рад з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД.

Розвинена культура та навички моніторингу та оцінки в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД міжнародних та неурядових організацій завдяки їх досвіду реалізації чисельних програм та проектів.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Хоча в цілому, недержавні партнери дотримуються загальної стратегії, але мають місце випадки недостатньої координації діяльності міжнародних та громадських організацій, що призводить до дублювання їхньої діяльності на операційному рівні.

За останні роки склалася ситуація, коли неурядові організації мали більше можливостей для розвитку власного потенціалу та набуття досвіду менеджменту великих програм та проектів (наприклад, проекти Глобального Фонду 1 та 6 раундів), ніж відповідні державні установи. Як наслідок, відбувся певний відтік професійних кадрів з державних установ у неурядові організації. Наразі важко змінити цей рух.

Недостатнє залучення та взаємодія з приватним сектором. Існують позитивні, але одиничні приклади співпраці (фонд О. Пінчук, Р. Ахметова), які надають важливу, фокусну допомогу.

Вдосконалення потребує механізм взаємодії державного сектору та громадських організацій на місцевому рівні – в окремих областях України, а також на районному та міському рівнях.

Слабкий потенціал місцевих неурядових організацій, зокрема на рівні малих міст та сільської місцевості.

Досі широко не запроваджено механізм «соціального замовлення» послуг громадських організацій за рахунок коштів бюджету.

Окремі державні структури досі не використовують у своїй діяльності позитивного досвід та кращі міжнародні підходи, які пропонуються міжнародними та неурядовими організаціями, зокрема в сфері моніторингу.

4. Який відсоток національного бюджету з ВІЛ був витрачений на заходи, що здійснювались організаціями громадянського суспільства у минулому році?

5. Яку підтримку надає Національна комісія зі СНІД (або еквівалентна структура) організаціям громадянського суспільства для здійснення заходів у зв'язку з ВІЛ?

<i>Розвиток потенціалу</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Координація заходів з іншими партнерами-виконавцями</i>	<i>Так</i>	Ні

<i>Інформування про пріоритетні потреби</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Закупівлі та розподіл препаратів або інших постачань</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Технічне керівництво (шляхом діяльності програмного та регіонального Комітетів)</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Інше [впишіть нижче]:</i>	Так	Ні

6. Чи здійснюється у країні перегляд національної політики та законів для визначення тих з них, які, можливо, не відповідають національній політиці боротьби зі СНІД?

<i>Так</i>	Ні
------------	----

6.1. Якщо «ТАК», чи були внесені до політики та законів поправки відповідно до національної політики боротьби зі СНІД?

<i>Так</i>	Ні
------------	----

Якщо «ТАК», зазначте цю політику/закони та опишіть внесені зміни:

У грудні 2010 року Верховна Рада України ухвалила нову редакцію Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Зазначте та опишіть будь-які невідповідності, що залишилися, між політикою/законами та національною політикою боротьби зі СНІД:

Для повноцінного функціонування нової редакції Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» необхідно привести у відповідність підзаконні нормативні акти. Цей процес потребує певного часу та залучення експертів.

Для вирішення питання щодо звільнення від оподаткування закупівель в рамках проекту Глобального Фонду підготовлено відповідний проект Закону України, який буде розглянуто в 2012 році.

7. Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) політичну підтримку реалізації програм з ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

Завдяки підтримці Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД, посадовців Міністерства охорони здоров'я, Державної служби соцзахворювань України Державна установа «Український центру СНІДу МОЗ України» стала одним з Основних реципієнтів проекту Глобального Фонду (10 раунд).

В умовах жорстко лімітованих ресурсів держава знайшла можливість фінансування за рахунок державного бюджету: діагностики ВІЛ, АРВ-лікування, профілактики ВІЛ від матері до дитини, постконтактної профілактики.

Значним досягненням в умовах економічної кризи є забезпечення фінансування з державного бюджету видатків на закупівлю антиретровірусних препаратів. На боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІД у 2012 році у держбюджеті передбачено понад 305 млн. грн., що становить майже на 90 млн. грн. більше ніж у 2011 році.

По результатам останніх торгів по закупівлі антиретровірусних препаратів за рахунок бюджетних коштів ліки були придбані за цінами нижчими на 25%. Ця економія дасть змогу у 2012 році забезпечити необхідними медикаментами додатково понад 5 тисяч ВІЛ-інфікованих за рахунок державного бюджету. Крім того препарати будуть закуплені і в рамках реалізації 6 раунду Глобального Фонду. Таким чином, понад 13 тис. пацієнтів будуть додатково охоплені лікуванням. Станом на кінець 2011 року АРВ-препарати отримують близько 26 тис. осіб.

Україна на практиці підтверджує повну підтримку програм замісної підтримувальної терапії та має найбільш прогресивне законодавство в цьому напрямку порівняно з іншими країнами СНД. У 2010 році було ухвалено нову редакцію Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», яка визначає застосування замісної підтримувальної терапії як з метою попередження інфікування ВІЛ серед СІН, так і з метою формування прихильності до АРТ у ВІЛ-інфікованих СІН.

У 2010 році відбулося повне реформування центральних органів виконавчої влади⁴⁵, під час якої було ліквідовано або реорганізовано більшість міністерств, комітетів та служб. Але, питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІД є пріоритетом державної політики, тому було утворено урядовий орган – Державну службу України соцзахворювань. На відміну від попередньої структури – Комітету – Державна служба має більш високий статус, більше повноважень та структуру.

При Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД створена Комісія з нагляду за розробкою заявок, веденням переговорів та реалізацією програм, які здійснюються за рахунок коштів Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Незважаючи на декларацію вищих посадовців про пріоритетність вирішення проблеми епідемії ВІЛ-інфекції, фінансування цієї галузі є недостатнім.

Процес реформування системи органів влади супроводжується певними організаційними труднощами, зокрема – часта зміна керівництва Держслужби України соцзахворювань (3 керівника за 2 роки), тривалий процес формування її штату, підготовка кадрів. Але необхідно зазначити, що в цілому виконання державної стратегії державної політики не зазнало суттєвого негативного впливу.

У ході реформування системи органів виконавчої влади було ліквідовано Державну соціальну службу у справах сім'ї, дітей та молоді⁴⁶. Функції щодо профілактичної діяльності, які виконувала Держсоцслужба, розподілені між трьома органами виконавчої влади (зокрема, Міністерство освіти і науки, молоді та спорту, Міністерство соціальної

⁴⁵ Указ Президента України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 9 грудня 2010 року № 1085/2010, Указ Президента України «Питання Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань» від 8 квітня 2011 року № 441/2011.

⁴⁶ Указ Президента України «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» від 9 грудня 2010 року № 1085/2010.

політики, Державна служба молоді та спорту), та наразі досі відбувається формування нових структур та налагодження взаємодії.

Низька мотивація професіоналів-менеджерів, які мають досвід у сфері ВІЛ-інфекції/СНІД, працювати в органах влади та державних установах.

Низький пріоритет проблеми ВІЛ-інфекції/СНІД у програмах політичних партій.

Описова частина до розділу А2. Політична підтримка та лідерство

Протидія епідемії ВІЛ-інфекції визнано одним з пріоритетів держави в галузі охорони здоров'я, що постійно підтверджується вищими посадовцями країни.

ДУ «Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України» став одним з Основних реципієнтів гранту Глобального фонду (10 раунд).

Утворено Державну службу України соцзахворювань, яка має більш високий статус, більше повноважень та структуру.

Значним досягненням в умовах економічної кризи є забезпечення фінансування з державного бюджету видатків на закупівлю антиретровірусних препаратів. На боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІД у 2012 році у держбюджеті передбачено понад 305 млн. грн., що становить майже на 90 млн. грн. більше ніж у 2011 році.

Серед проблем експерти зазначають об'єктивні чинники, а саме загальний дефіцит бюджетних коштів, а також організаційні труднощі, які виникли внаслідок реформування системи органів виконавчої влади.

В цілому експерти згодні, що Україна в звітному періоді демонструє достатньо високий рівень політичної підтримки та лідерства заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД.

Рік	Кількість балів
2011	7
2009	6

III. ПРАВА ЛЮДИНИ

1.1. Чи існують в країні закони та положення, що захищають від дискримінації окремі ключові групи населення, а також інші уразливі групи населення? «ТАК» потрібно обвести кружечком, якщо політика передбачає захист від дискримінації якоїсь із перерахованих нижче ключових груп населення, а також інших уразливих груп населення?

КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ ТА УРАЗЛИВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ		
<i>Люди, що живуть з ВІЛ</i>	<i>Так</i> ⁴⁹	Ні
<i>Чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками</i>	<i>Так</i> ⁵⁰	Ні
<i>Мігранти/мобільні групи населення</i>	<i>Так</i> ⁵¹	Ні
<i>Сироти та інші уразливі діти</i>	<i>Так</i> ⁵²	Ні
<i>Особи з обмеженими можливостями</i>	<i>Так</i> ⁵³	Ні
<i>Споживачі ін'єкційних наркотиків</i>	<i>Так</i> ⁵⁴	Ні
<i>Ув'язнені</i>	<i>Так</i> ⁵⁵	Ні
<i>Жінки комерційного сексу</i>	<i>Так</i> ⁵⁶	Ні
<i>Трансгендерні особи</i>	Так	Ні
<i>Жінки та дівчата</i>	<i>Так</i> ⁵⁷	Ні
<i>Молоді жінки/молоді чоловіки</i>	Так	Ні
<i>Інші особливі уразливі підгрупи населення [впишіть]:</i>	Так	Ні

1.2. Чи існує в країні загальний (наприклад, орієнтований не тільки на дискримінацію у зв'язку з ВІЛ) антидискримінаційний закон?

Так	Ні
-----	-----------

⁴⁹ Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

⁵⁰ Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» забороняє дискримінацію за ознакою належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» визначає чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками як одну з груп ризику.

⁵¹ Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» забороняє дискримінацію за ознакою належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» визначає мігрантів як одну з груп ризику.

⁵² Конвенція захисту прав дитини, Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

⁵³ Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

⁵⁴ Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» забороняє дискримінацію за ознакою належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» визначає споживачів ін'єкційних наркотиків як одну з груп ризику.

⁵⁵ Кримінально-виконавчий кодекс України.

⁵⁶ Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» забороняє дискримінацію за ознакою належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» визначає осіб, які надають сексуальні послуги за плату як одну з груп ризику.

⁵⁷ Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок та чоловіків».

Якщо «ТАК» для запитань 1.1 або 1.2, стисло опишіть зміст такого закону (законів):

В Україні не існує рамкового антидискримінаційного закону, хоча протягом останніх кількох років ведуться дискусії щодо його прийняття. Але пряма заборона дискримінації за різними ознаками визначена у низці законів України, а саме:

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» забороняє дискримінацію за ознакою належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки» визначає певні групи ризику інфікування ВІЛ, зокрема – чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, мігранти, споживачі ін'єкційних наркотиків, особи, які надають сексуальні послуги за плату. Отже, відповідно до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» положення щодо заборони дискримінації стосуються зазначених груп.

Конвенція захисту прав дитини, Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» забороняє дискримінацію дітей, незалежно від їх статусу (зокрема, сирітство) та стану здоров'я.

Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» забороняє дискримінацію людей з обмеженими можливостями незалежно від захворювання, що стало причиною інвалідності.

Кримінально-виконавчий кодекс України забороняє дискримінацію осіб, які відбувають покарання, в тому числі ВІЛ-інфікованих осіб.

Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок та чоловіків» забороняє дискримінацію за ознакою статі.

Стисло роз'ясніть, які є механізми забезпечення практичного застосування цих законів:

Чітких механізмів протидії дискримінації у законодавстві не визначено. У випадку дискримінації людина має право звернутися до суду.

Стисло прокоментуйте, якою мірою вони застосовуються на даний час:

Антидискримінаційні положення у зазначених законодавчих актах застосовуються як загальний принцип.

2. Чи існують в країні закони, положення або політика, які становлять перепони⁵⁸ на шляху отримання ефективної профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ ключовими групами населення, а також іншими уразливими групами населення?

Так

Ні

Якщо «ТАК», за якими ключовими групами та уразливими групами населення?		
<i>Люди, що живуть з ВІЛ</i>	Так	Ні
<i>Чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками</i>	Так	Ні
<i>Мігранти/мобільні групи населення</i>	Так	Ні
<i>Сироти та інші уразливі діти</i>	Так	Ні
<i>Особи з обмеженими можливостями</i>	Так	Ні
<i>Споживачі ін'єкційних наркотиків</i>	Так	Ні
<i>Ув'язнені</i>	Так	Ні
<i>Жінки комерційного сексу</i>	Так	Ні
<i>Трансгендерні особи</i>	Так	Ні
<i>Жінки та дівчата</i>	Так	Ні
<i>Молоді жінки/молоді чоловіки</i>	Так	Ні
<i>Інші особливі уразливі групи населення⁵⁹ [впишіть]:</i>	Так	Ні

⁵⁸ Це необов'язково повинні бути ВІЛ-орієнтовані політика та закони. Це можуть бути політика, закони і положення, які заважають забезпеченню доступу або ускладнюють доступ до послуг у сфері профілактики, лікування, догляду та підтримки. У звітах за країнами, опублікованих у попередніх роках, наводились, серед іншого, такі приклади: «закони, що криміналізують одностатеві стосунки», «закони, що криміналізують зберігання презервативів або інвентарю для вжиття наркотиків»; «закони про жебрацтво»; «закони, що перешкоджають імпорту ліків-генериків»; «політика, що перешкоджає розповсюдженню та зберіганню презервативів у тюрмах»; «політика, що перешкоджає доступу до АРТ-терапії осіб, що не є громадянами цієї країни»; «закони про спадкування/відповідні права жінок», «закони, що забороняють надання молоді інформації та послуг, пов'язаних з сексом та репродуктивним здоров'ям» тощо.

⁵⁹ Інші особливі уразливі групи населення, крім зазначених вище, можуть включати ті, що, за наявними даними, на місцевому рівні вважаються групами населення підвищеного ризику зараження ВІЛ (зокрема, в алфавітному порядку): бісексуали, клієнти жінок комерційного сексу, корінне населення, **внутрішні мігранти**, ув'язнені, а також біженці.

--

Стисло опишіть зміст цих законів, положень або політики:
Стисло прокоментуйте, які перешкоди вони створюють:

IV. ПРОФІЛАКТИКА

1. Чи існує в країні політика або стратегія, спрямована на забезпечення розповсюдження інформації, освіти, а також комунікації (ІОК), з питань ВІЛ серед населення загалом?

<i>Так</i>	Ні
------------	----

<i>Якщо «ТАК», які основні ідеї доводяться до населення?</i>		
<i>Утримуватися від споживання ін'єкційних наркотиків</i>	Так	Ні
<i>Уникати участі у комерційному сексі</i>	Так	Ні
<i>Уникати статевих контактів між представниками різних генерацій</i>	Так	Ні
<i>Залишатися вірним своєму партнеру</i>	Так	Ні
<i>Утримуватися від статевих контактів</i>	Так	Ні

<i>Утримуватися від раннього початку статевого життя</i>	Так	Ні
<i>Дотримуватись принципів (більш) безпечної статевої практики</i>	Так	Ні
<i>Боротися з насильством відносно жінок</i>	Так	Ні
<i>Виявляти більшу терпимість до людей, що живуть з ВІЛ, та розширювати їх участь у життєдіяльності суспільства</i>	Так	Ні
<i>Розширювати участь чоловіків у програмах з охорони репродуктивного здоров'я</i>	Так	Ні
<i>Знати свій ВІЛ-статус</i>	Так	Ні
<i>Здійснювати обрізання чоловіків під медичним контролем</i>	Так	Ні
<i>Здійснювати профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини</i>	Так	Ні
<i>Сприяти забезпеченню більш рівних можливостей для жінок та чоловіків</i>	Так	Ні
<i>Зменшувати кількість статевих партнерів</i>	Так	Ні
<i>Використовувати стерильні голки та шприци</i>	Так	Ні
<i>Завжди користуватись презервативом</i>	Так	Ні
<i>Інше [впишіть]:</i>	Так	Ні

1.1. Чи здійснювались у країні у минулому році якісь дії або якась програма з метою забезпечення поточного інформування про проблему ВІЛ у засобах масової інформації?

Так	Ні
-----	----

2. Чи існує в країні політика або стратегія, спрямована на проведення серед молоді просвітницької роботи з питань ВІЛ, орієнтованої на формування життєвих навичок?

Так	Ні
-----	----

2.1. Чи є просвітницька робота з питань ВІЛ частиною навчальної програми у:

<i>Початкових школах?</i>	Так	Ні
<i>Середніх школах?</i>	Так	Ні

<i>Зкладах для підготовки вчителів?</i>	Так	Ні
---	-----	----

2.2. Чи містить така стратегія компоненти, що стосуються питань сексу та репродуктивного здоров'я, розроблені з урахуванням вікових та гендерних особливостей?

Так	Ні
-----	----

2.3. Чи існує в країні стратегія просвітницької роботи з питань ВІЛ серед молоді, що не відвідує школу?

Так	Ні
-----	----

3. Чи існує в країні політика або стратегія, спрямовані на забезпечення інформації, освіти та комунікації, а також на здійснення інших заходів серед ключових груп населення або інших уразливих підгруп населення?

Так	Ні
-----	----

Стисло опишіть зміст цієї політики або стратегії:

Зміст та інструменти реалізації стратегії інформаційно-просвітницької діяльності визначається відповідно до цільових груп.

Зміст та обсяг навчання з питань ВІЛ-інфекції в школах визначено у стандарті початкової та повної освіти.

Зміст інформаційно-просвітницьких кампаній серед широких прошарків населення (зокрема, через ЗМІ, соціальну рекламу тощо) визначається для кожної кампанії та узгоджується широким колом зацікавлених сторін.

3.1. Якщо «ТАК», на які групи населення спрямована політика/стратегія та які елементи профілактики ВІЛ включені до цієї політики/стратегії?

Зазначте конкретні групи населення та елементи, включені в цю політику/стратегію

	СІН	ЧСЧ	Жінки комерційног	Клієнти жінок	Ув'язнені	Інші групи населення ⁶⁰
--	-----	-----	-------------------	---------------	-----------	------------------------------------

⁶⁰ Інші уразливі групи населення, крім зазначених вище, можуть включати ті, що, за наявними даними, на місцевому рівні вважаються групами населення підвищеного ризику зараження ВІЛ (зокрема, в алфавітному порядку): бісексуали, клієнти жінок комерційного сексу, корінне населення, внутрішні мігранти, ув'язнені, а також біженці).

			о сексу	комерційно го сексу		[загальне населення]
<i>Пропаганда презервативів</i>	+	+	+	+	+	+
<i>Замісна медикаментозна терапія</i>	+					
<i>Консультування та тестування на ВІЛ</i>	+	+	+	+	+	+
<i>Обмін голочок та шприців</i>	+					
<i>Охорона репродуктивного здоров'я, включно з профілактикою інфекцій, що передаються статевим шляхом, та відповідне лікування</i>					+	+
<i>Зниження рівня стигми та дискримінації</i>	+	+	+	+	+	+
<i>Цільове розповсюдження інформації з питань зниження ризику та просвітницька робота з питань ВІЛ</i>	+	+	+		+	
<i>Зниження рівня уразливості (напр., через створення джерел доходів)</i>						

3.2. Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) зусилля у сфері політики з підтримки реалізації програм профілактики ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

Профілактика ВІЛ-інфекції задекларована як головний пріоритет державної політики, до реалізації програм профілактики залучені усі ключові міністерства.

Первинна профілактика базується на принципах здорового способу життя та сімейних цінностях.

2012 рік оголошено роком спорту та здорового способу життя⁶¹.

Є розуміння на місцевому рівні важливості програм профілактики, тому за рахунок місцевих бюджетів вишукується можливість здійснення інформаційно-просвітницької діяльності.

Питання **профілактики ВІЛ-інфекції інтегровано в навчальний процес.**

Незважаючи на недостатність фінансування з державного бюджету, здійснюється навчання вчителів з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД для обов'язкового навчального предмету «Основи здоров'я» та факультативних занять з старшокласниками, забезпечується методичні матеріали для їх діяльності.

З боку Міністерства освіти і науки, молоді та спорту здійснюється постійний контроль якості викладання тем з профілактики ВІЛ-інфекції в навчальних закладах та рівня підготовки вчителя, видано спеціальний наказ.

Проводиться постійна діяльність з формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб. Міністерство освіти і науки, молоді та спорту спільно з Мережею ЛЖВ підготували тренерів з питань формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей для проведення навчання педагогічних працівників та керівників навчальних закладів з кожної області.

Фокусна профілактика серед груп високого ризику здійснюється в рамках проекту Глобального Фонду.

Останніми роками спостерігається зменшення рівня інфікування серед СІН, в тому числі завдяки діяльності громадських організацій.

В усіх областях України налагоджена міцна співпраця з неурядовими організаціями, які здійснюють профілактичні програми в установах виконання покарань. Встановлені певні стандарти та вимоги такої співпраці, є позитивні результати.

Розширення масштабів замісної підтримувальної терапії з метою профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків.

Стабільне функціонування програм профілактики серед СІН по стратегіям зменшення шкоди.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

⁶¹ Розпорядження КМУ від 27 квітня 2011 р. N 360-р «Про заходи щодо підготовки та проведення в Україні у 2012 році Року спорту та здорового способу життя».

Первинна профілактика:

Відсутність фінансування за рахунок бюджетних коштів програм профілактики, зокрема тих, що реалізуються в системі освіти.

Вкрай недостатня фінансова підтримка наукової галузі для вивчення та запровадження інноваційних профілактичних програм.

Висвітлення проблеми ВІЛ-інфекції/СНІД у засобах масової інформації, особливо комерційних, недостатньо для потрібних масштабів профілактичних програм.

Фокусна профілактика:

Програми профілактики серед СІН недостатньо враховують зміну шляху передачі ВІЛ-інфекції – від СІН до їх статевих партнерів. Низьке охоплення профілактичними програмами статевих партнерів СІН.

Зміни у роботі соціальних служб як результат реформування системи органів влади.

Недостатні масштаби профілактичних програм серед ЧСЧ та в тюрмах.

Бюрократичне ставлення з боку окремих державних структур до певних видів профілактичної діяльності, а саме, програми ЗПТ, зменшення шкоди.

Відсутність адекватної стратегії донорства крові та інфекційного контролю.

4. Чи визначені у країні конкретні потреби у рамках програм профілактики ВІЛ?

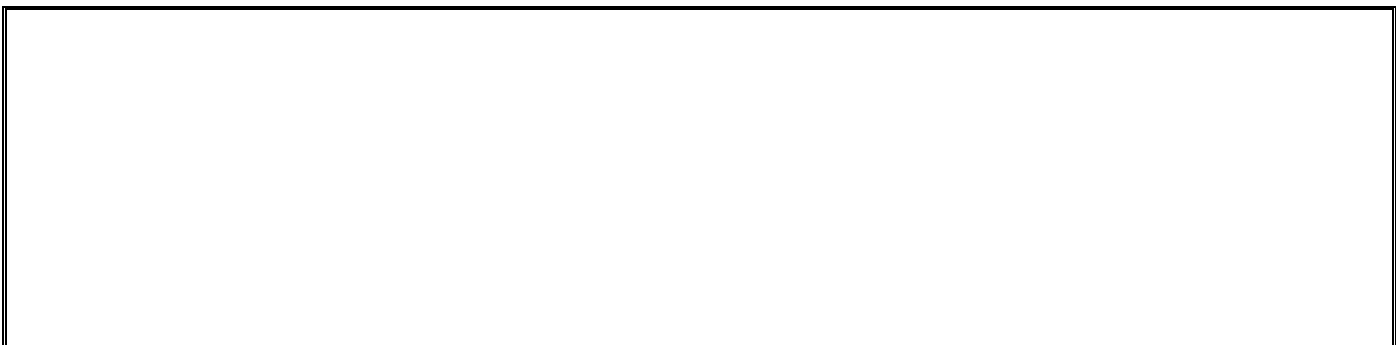
Так

Ні

Якщо «ТАК», як були визначені ці конкретні потреби?

У рамках Загальнодержавної програми, на її виконання відомчих і регіональних програм, а також в Національному та регіональних операційних планах.

Якщо «НІ», як розширюються масштаби програм профілактики ВІЛ?



4.1. Якою мірою були реалізовані програми профілактики ВІЛ?

Більшість з тих, хто цього потребує, має доступ до

	Повністю погоджуюсь	Не погоджуюсь	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь	Н/С
<i>Безпеки крові</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Пропаганди презервативів</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Зниження шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Профілактики ВІЛ серед молоді, що не відвідує школу</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Профілактики ВІЛ на робочому місці</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Консультавання та тестування на ВІЛ</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>ІОК з питань зниження рівня ризику</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>ІОК з питань зниження рівня стигми та дискримінації</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Профілактики ВІЛ серед людей, що живуть з ВІЛ</i>	1	2	3	4	Н/С

<i>Послуг з охорони репродуктивного здоров'я, включно з профілактикою інфекцій, що передаються статевим шляхом, та відповідне лікування</i>	1	2	3	4	H/C
<i>Зниження рівня ризику інтимних партнерів, що представляють ключові групи населення</i>	1	2	3	4	H/C
<i>Зниження рівня ризику для чоловіків, що мають статеві контакти з чоловіками</i>	1	2	3	4	H/C
<i>Зниження рівня ризику для жінок комерційного сексу</i>	1	2	3	4	H/C
<i>Просвітницької роботи з питань СНІД у школах серед молоді</i>	1	2	3	4	H/C
<i>Універсальних запобіжних заходів при наданні медичної допомоги</i>	1	2	3	4	H/C
<i>Інше [впишіть]:</i>	1	2	3	4	H/C

5. Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) зусилля з реалізації програм профілактики ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?										
Профілактика ВІЛ-інфекції задекларована як головний пріоритет державної політики, до реалізації програм профілактики залучені усі ключові міністерства.										
<i>Первинна профілактика</i> базується на принципах здорового способу життя та сімейних цінностях.										
Розроблено національний логотип здорового способу життя, «Конституція здорової людини» та спеціальні										

просвітницькі програми.

2012 рік оголошено роком спорту та здорового способу життя⁶².

У рамках підготовки України до проведення Євро-2012 стартували масштабні інформаційні кампанії профілактичної спрямованості, зокрема «Червона картка», «Чесна гра», «Не дай СНІДу шанс» та ін. Взагалі, процес підготовки до Євро-2012 залучив багато спортсменів та відомих осіб до участі в інформаційних кампаніях щодо профілактики ВІЛ та формування толерантного ставлення.

Є розуміння на місцевому рівні важливості програм профілактики, тому за рахунок місцевих бюджетів вишукується можливість здійснення інформаційно-просвітницької діяльності.

Питання профілактики ВІЛ-інфекції інтегровано в навчальний процес.

Незважаючи на недостатність фінансування з державного бюджету, здійснюється навчання вчителів з питань профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД для факультативних занять зі старшокласниками, надаються методичні матеріали для їх діяльності.

З боку Міністерства освіти і науки, молоді та спорту здійснюється постійний контроль якості викладання тем з профілактики ВІЛ-інфекції в навчальних закладах та рівня підготовки вчителя, видано спеціальний наказ.

Проводиться постійна діяльність з формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних осіб. Міністерство освіти і науки, молоді та спорту спільно з Мережею ЛЖВ провели навчання для керівників навчальних закладів з кожної області.

Фокусна профілактика серед груп високого ризику здійснюється в рамках проекту Глобального Фонду.

Останніми роками спостерігається зменшення рівня інфікування серед СН, в тому числі завдяки діяльності громадських організацій.

В усіх областях України налагоджена міцна співпраця з неурядовими організаціями, які здійснюють профілактичні програми в установах виконання покарань. Встановлені певні стандарти та вимоги такої співпраці, є позитивні результати.

Розширення масштабів замісної підтримувальної терапії з метою профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків.

Стабільне функціонування програм профілактики серед СН по стратегіям зменшення шкоди.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Первинна профілактика:

Відсутність фінансування за рахунок бюджетних коштів програм профілактики, зокрема тих, що реалізуються в системі освіти.

Недостатня адвокація на місцевому рівні щодо виділення оплачуваних навчальних часів для факультативних програм.

Не вистачає соціальної реклами, наочної агітації та просвітницьких програм з питань здорового способу життя.

Вкрай недостатня фінансова підтримка наукової галузі для вивчення та запровадження інноваційних профілактичних програм.

⁶² Розпорядження КМУ від 27 квітня 2011 р. N 360-р «Про заходи щодо підготовки та проведення в Україні у 2012 році Року спорту та здорового способу життя».

Висвітлення проблеми ВІЛ-інфекції/СНІД у засобах масової інформації, особливо комерційних, недостатньо для потрібних масштабів профілактичних програм.

Фокусна профілактика:

Програми профілактики серед СНІ недостатньо враховують зміну шляху передачі ВІЛ-інфекції – від СНІ до їх статевих партнерів. Низьке охоплення профілактичними програмами статевих партнерів СНІ.

Зміни у роботі соціальних служб як результат реформування системи органів влади.

Недостатні масштаби профілактичних програм серед ЧСЧ та в тюрмах.

Бюрократичне ставлення з боку окремих державних структур до певних видів профілактичної діяльності, а саме, програми ЗПТ, зменшення шкоди.

Відсутність адекватної стратегії донорства крові та інфекційного контролю.

Описова частина до розділу А4. Профілактика.

На думку експертів, прогрес у реалізації програм профілактики в Україні протягом звітнього періоду викликає найбільшу стурбованість порівняно з прогресом по іншим напрямкам.

Відповідно до нової редакції Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» та Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки визначає профілактику основним пріоритетом державної політики. Профілактичні програми ґрунтуються на принципах здорового та морального способу життя, духовних цінностей і відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків. До реалізації програм профілактики залучені усі ключові міністерства.

Відповідно до Загальнодержавної програми компонент профілактики передбачає кілька складових, а саме:

- Первинна профілактика ВІЛ-інфекції;
- Профілактика серед представників груп ризику;
- Профілактика серед ВІЛ-позитивних осіб;
- Специфічні профілактичні заходи (безпека донорства та постконтактна профілактика).

Експерти зазначають, що профілактичні програми реалізуються по всім зазначеним напрямкам, але найбільшу стурбованість викликає **первинна профілактика ВІЛ-інфекції** по причині відсутності фінансування з державного бюджету заходів, які передбачені Загальнодержавною програмою.

Незважаючи на відсутність фінансування, необхідно відмітити певні досягнення:

- Питання профілактики ВІЛ-інфекції інтегровано в навчальний процес, постійно здійснюється контроль якості викладання цього предмету.
- Є розуміння на місцевому рівні важливості програм профілактики, тому за рахунок місцевих бюджетів вишукується можливість здійснення інформаційно-просвітницької діяльності.
- 2012 рік оголошено роком спорту та здорового способу життя⁶³, розроблено національний логотип здорового способу життя, «Конституція здорової людини» та спеціальні просвітницькі програми.
- В рамках підготовки України до проведення Євро-2012 за міжнародної фінансової підтримки стартували масштабні інформаційні кампанії профілактичної спрямованості, зокрема «Червона картка», «Чесна гра», «Не дай СНІДу шанс» та ін.

⁶³ Розпорядження КМУ від 27 квітня 2011 р. N 360-р «Про заходи щодо підготовки та проведення в Україні у 2012 році Року спорту та здорового способу життя».

Профілактика серед груп ризику реалізується за рахунок ресурсів проекту Глобального Фонду завдяки вагомому внеску неурядових організацій. Продовження цих профілактичних програм протягом наступних двох років (2012–2013) буде здійснюватися за рахунок гранту Глобального Фонду (10 раунд).

Протягом звітного періоду стабільно функціонують програми профілактики серед СІН по стратегіям зменшення шкоди, останніми роками спостерігається зменшення рівня інфікування серед СІН, в тому числі завдяки діяльності громадських організацій.

Суттєво збільшені масштаби впровадження замісної підтримувальної терапії з метою профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків.

Але експерти відмічають, що програми профілактики серед СІН недостатньо враховують зміну шляху передачі ВІЛ-інфекції – від СІН до їх статевих партнерів. Низьке охоплення профілактичними програмами статевих партнерів СІН.

В усіх областях України налагоджена міцна співпраця з неурядовими організаціями, які здійснюють профілактичні програми в установах виконання покарань. Встановлені певні стандарти та вимоги такої співпраці, є позитивні результати.

Реалізація заходів позитивної (серед ЛЖВ, профілактика передачі ВІЛ від матери до дитини) та специфічної профілактики здійснюється на високому рівні та достатньо забезпечується відповідним фінансуванням з державного бюджету. Зменшення рівня вертикальної трансмісії ВІЛ від матери до дитини до 4,7%.

Стосовно загальної оцінки зусиль країни у впровадженні профілактичних програм, експерти майже одногосно висловлювали думку щодо відсутності належного фінансування профілактичних програм, але відмічали кардинально різні бали відповідно до офіційної позиції установи, яку вони представляли. Отже комбінований індекс програм профілактики в 2010–2011 роках, за висновками експертів, трохи нижче ніж у 2008-2009 роках, 5 та 6, відповідно..

Рік	Кількість балів
2011	5
2009	6
2007	5
2005	4
2003	4

V. ЛІКУВАННЯ, ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА

1. Чи визначені у країні основні елементи комплексних послуг з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ?

Так

Ні

Якщо «ТАК», стисло опишіть ці елементи, а також розкажіть, які пріоритети були розставлені:

- Діагностика ВІЛ-інфекції
- Диспансерний нагляд, проведення необхідних лабораторних обстежень
- Доступ до АРТ (безкоштовно для пацієнта)
- Доступ до діагностики та лікування опортуністичних інфекцій
- Соціально-психологічна підтримка
- Паліативна та хоспісна допомога
- Програми профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матери до дитини
- Надання інформації щодо життя з ВІЛ

- Доступ ЛЖВ до послуг з репродуктивного здоров'я.

Стисло опишіть, як розширюються масштаби послуг з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ:

На політичному рівні створені всі необхідні умови для впровадження лікування, догляду та підтримки ЛЖВ. Лікування, догляд та підтримка ЛЖВ є основними завданнями Загальнодержавної програми на 2009–2013 рр. Але на операційному рівні виникають труднощі, пов'язані з процедурами державних закупівель, що призводить до затримки темпів розширення лікування.

1.1. Якою мірою були реалізовані такі послуги з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ?

Більшість з тих, хто цього потребує, має доступ					
	Повністю не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь	Н/С
<i>Антиретровірусна терапія</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Антиретровірусна терапія для хворих на ТБ</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Профілактика котримоксазолом серед людей, що живуть з ВІЛ</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Рання діагностика ВІЛ у немовлят</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Догляд та підтримка у зв'язку з ВІЛ на робочому місці (включно з альтернативними умовами праці)</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Консультації та тестування на ВІЛ хворих на туберкульоз</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Послуги з лікування при ВІЛ на робочому місці або системи видачі направлення на лікування за місцем роботи</i>	1	2	3	4	Н/С

<i>Дієтологічна допомога</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Педіатричне лікування при СНІД</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Післяпологова антиретровірусна терапія для жінок</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Профілактика після контакту з ВІЛ не при виконанні службових обов'язків (наприклад, внаслідок зґвалтування)</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Профілактика після контакту з ВІЛ при виконанні службових обов'язків</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Соціально-психологічна підтримка людей, що живуть з ВІЛ, та членів їх сімей</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Ведення хворих з інфекціями, що передаються статевим шляхом</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Контроль за інфекцією ТБ у закладах, де надається лікування та догляд у зв'язку з ВІЛ</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Профілактична терапія серед людей, що живуть з ВІЛ, для попередження ТБ</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Скринінг людей, що живуть з ВІЛ, на ТБ</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Лікування найбільш поширених інфекцій, пов'язаних з ВІЛ</i>	1	2	3	4	Н/С
<i>Інше [впишіть]:</i> <i>Послуги у сфері репродуктивного здоров'я для дискордантних пар</i> <i>Хоспісна допомога</i>	1	2	3	4	Н/С

2. Чи впроваджує уряд політику або стратегію, спрямовану на надання соціальної та фінансової підтримки особам, що

<i>Так</i>	Ні
------------	----

постраждали від наслідків ВІЛ?

Будь-ласка, уточніть, в якій формі надається соціальна та фінансова підтримка:

Відповідно до нової редакції Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», яка була ухвалена 23 грудня 2012 року, держава гарантує соціальний захист ЛЖВ та членам їх сімей, а також надання ЛЖВ необхідної медичної допомоги та соціальних послуг.

Отже, ЛЖВ, крім загальних прав та свобод людини і громадянина, мають також право на:

1) відшкодування шкоди, пов'язаної з обмеженням їхніх прав унаслідок розголошення чи розкриття інформації про їх позитивний ВІЛ-статус;

2) безоплатне забезпечення антиретровірусними препаратами та лікарськими засобами для лікування опортуністичних інфекцій у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

Щомісячна фінансова державна допомога призначається ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ.

У разі встановлення інвалідності ЛЖВ має право на отримання пенсії відповідно до законодавства.

3. Чи існує в країні політика або стратегія для розробки/застосування препаратів-генериків або паралельного імпорту препаратів, що використовуються при ВІЛ?

<i>Так</i>	Ні	Н/С
------------	----	-----

4. Чи має країна доступ до регіональних механізмів управління закупівлями и постачанням критично важливих товарів, як-от антиретровірусні препарати, презервативи та препарати для замісної терапії?

<i>Так</i>	Ні	Н/С
------------	----	-----

Якщо «ТАК», то яких товарів?

Існує регіональний механізм управління закупівлями певних видів товарів, а саме, презервативи, препарати для лікування опортуністичних інфекцій.

Теоретично можлива закупівля АРТ препаратів на регіональному рівні, але практично це не застосовується через ряд причин.

Закупівля препаратів замісної терапії на регіональному рівні неможлива.

5. Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) зусилля з реалізації програм з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

В останні роки держава віддає більший пріоритет лікуванню ЛЖВ. Станом на кінець 2011 року АРВ-препарати отримують близько 26 тис. осіб.

Значним досягненням в умовах економічної кризи є забезпечення фінансування з державного бюджету видатків на закупівлю антиретровірусних препаратів. На боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІД у 2012 році у держбюджеті передбачено понад 305 млн. грн., що становить майже на 90 млн. грн. більше ніж у 2011 році.

За результатами останніх торгів по закупівлі антиретровірусних препаратів за рахунок бюджетних коштів ліки були придбані за цінами нижчими на 25%. Ця економія дасть змогу у 2012 році забезпечити необхідними медикаментами додатково понад 5 тисяч ВІЛ-інфікованих за рахунок державного бюджету. Крім того препарати будуть закуплені і в рамках реалізації 6 раунду Глобального Фонду. Таким чином, додатково понад 13 тис. пацієнтів будуть охоплені лікуванням. Всього в 2012 році планується забезпечити АРВ-лікування більше 40 тисяч пацієнтів.

Україна на практиці підтверджує повну підтримку програм замісної підтримувальної терапії та має найбільш прогресивне законодавство в цьому напрямку порівняно з іншими країнами СНД. У 2010 році була ухвалена нова редакція Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», яка визначає серед державних гарантій застосування замісної підтримувальної терапії з метою попередження ВІЛ-інфекції у споживачів наркотиків.

Зменшення рівня вертикальної трансмісії ВІЛ від матери до дитини до 4,7%.

В Україні впроваджується проект безпечного запліднення ВІЛ-інфікованих жінок. Існує значний прогрес розширення масштабів лікування в установах виконання покарань.

Порівняно з 2010 роком охоплення АРТ-лікуванням в установах виконання покарань збільшено майже в 2 рази.

Медичні фахівці пенітенціарної системи мають достатній потенціал та досвід для призначення і ведення АРТ-лікування, планування обсягів АРТ, тестів для лабораторного обстеження, проводиться закупівля препаратів та тестів.

Збільшення кількості схем АРТ для застосування в установах виконання покарань (планується 7 схем).

Покращення процесу лікування опортуністичних інфекцій ВІЛ-позитивних засуджених завдяки цільовій закупівлі препаратів для цієї категорії (раніше здійснювалось планування та закупівля препаратів для всіх засуджених). Відкриття в Донецькій області інфекційного відділення на 60 місць для лікування ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі. В 2012 році планується відкриття відділення на 80 місць у Житомирській області.

Прийнято принципове рішення щодо покращення медичного обслуговування ВІЛ-позитивних засуджених та безперервного лікування ЗПТ – розроблені та проходять процес фінального затвердження спільні накази: МОЗ, Державна пенітенціарна служба – про порядок взаємодії закладів охорони здоров'я, установ виконання покарань та слідчих ізоляторів щодо диспансерного спостереження, лабораторного супроводу та ведення АРТ.

МОЗ, МВС, Мінюст, Державна служба по контролю за наркотиками – про порядок взаємодії закладів щодо забезпечення безперервного лікування ЗПТ.

Система медичної звітності в установах виконання покарань приведена у відповідність з вимогами МОЗ.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Недостатнє охоплення АРТ пов'язано з недостатнім фінансуванням як АРТ-препаратів, так і лабораторного супроводу ВІЛ-позитивних осіб та охоплення ВІЛ-позитивних СІН програмами замісної терапії.

Не вистачає фінансування для закупівлі в достатньої кількості препаратів для лікування опортуністичних інфекцій, тому ці витрати переважно здійснюються за рахунок пацієнта.

Бюрократичні складні процедури закупівель за рахунок коштів державного бюджету, несвоєчасне фінансування з бюджету іноді призводить до затримок у постачанні препаратів.

Трапляються випадки затримки закупівель за бюджетні кошти тест-систем для тестування на ВІЛ та лабораторного моніторингу ВІЛ-інфікованих осіб.

Потребує вдосконалення процес здійснення державних закупівель АРТ-препаратів, тест-систем тощо для попередження випадків нестачі препаратів.

Вимоги фінансових інституцій, які проводять перевірки медичних установ на предмет планування та використання лікарських засобів, не дають змоги повністю вирішити питання щодо створення буферного запасу АРТ-препаратів на випадок затримки закупівель або постачання.

Потребує посилення матеріально-технічного забезпечення лабораторна база у зв'язку зі збільшенням кількості пацієнтів на АРТ. Але фінансове забезпечення цих витрат пропорційно не збільшується.

Необхідно активізувати роботу по формуванню прихильності до АРТ.

Потребує удосконалення та масштабного впровадження інтегрований підхід до надання медико-соціальних послуг ВІЛ-позитивним СІН.

У рамках реалізації програм замісної підтримувальної терапії не передбачені кошти для здійснення соціального супроводу пацієнтів, лише для придбання препаратів.

Недофінансування заходів Загальнодержавної програми, які виконуються Державною пенітенціарною службою, в 2011 році становило на 13 % менше від запланованого.

Враховуючи постійне зростання кількості ВІЛ-позитивних осіб в місцях позбавлення волі, в системі виконання покарань не вистачає ресурсів з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Недостатні потужності лабораторної бази в системі виконання покарань.

5.1. Чи існує в країні політика або стратегія, спрямовані на задоволення додаткових потреб дітей-сиріт та інших уразливих дітей у зв'язку з ВІЛ?

Так

Ні

Н/С

5.2. Якщо «ТАК», чи є у країні робоче визначення сиріт та уразливих дітей?

Так	Ні
-----	----

5.3. Якщо «ТАК», чи є у країні національний план дій, спрямований на сиріт та уразливих дітей?

Так	Ні
-----	----

5.4. Якщо «ТАК», чи визначено у країні оціночне число сиріт та уразливих дітей, охоплених існуючими програмами?

Так	Ні
-----	----

5.5. Якщо «ТАК», який відсоток сиріт та уразливих дітей охоплено?

15-20 %

6. Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) зусилля із задоволення додаткових потреб дітей-сиріт та інших уразливих дітей у зв'язку з ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

Продовжується реалізація попередніх ініціатив та програм, спрямованих на вирішення проблем дітей сиріт та інших уразливих дітей.

Розроблено Національний стратегічний план дій із профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІД.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Потребує розширення масштаб комплексних програм для дітей вулиці, що в тому числі мають на меті попередження ВІЛ-інфекції.

Описова частина до розділу А5. Лікування, догляд та підтримка

В останні роки, не дивлячись на дефіцит державного бюджету, лікуванню ЛЖВ приділяється чимало уваги. Станом на кінець 2011 року АРВ-препарати отримують близько 26 тис осіб.

Значним досягненням в умовах економічної кризи є забезпечення фінансування з державного бюджету видатків на закупівлю антиретровірусних препаратів. На боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІД у 2012 році у держбюджеті передбачено понад 305 млн. грн., що становить майже на 90 млн. гривень більше ніж у 2011 році.

По результатам останніх торгів по закупівлі антиретровірусних препаратів за рахунок бюджетних коштів ліки були придбані за цінами нижчими на 25%. Ця економія дасть змогу у 2012 році забезпечити необхідними медикаментами додатково понад 5 тис. ВІЛ-інфікованих за рахунок державного бюджету. Крім того препарати будуть закуплені і в рамках реалізації 6 раунду Глобального Фонду. Таким чином, додатково понад 13 тис. пацієнтів будуть охоплені лікуванням. Всього в 2012 році планується забезпечити АРТ-лікуванням більше 40 тис. пацієнтів.

Існує значний прогрес розширення масштабів лікування в установах виконання покарань.

Порівняно з 2010 роком охоплення АРТ-лікуванням в установах виконання покарань збільшено майже в 2 рази, буде збільшено кількість схем АРТ для застосування в установах виконання покарань (планується 7 схем). Медичні фахівці пенітенціарної системи мають достатній потенціал та досвід для призначення та ведення АРТ-лікування, планування обсягів АРТ, тестів для лабораторного обстеження, проводиться закупівля препаратів та тестів.

Завдяки цільовій закупівлі препаратів для ВІЛ-позитивних засуджених покращився процес лікування опортуністичних інфекцій (раніше здійснювалось планування та закупівля препаратів для всіх засуджених).

Але експерти відмічають, що існуюче охоплення АРТ не задовольняє реальних потреб. Це пов'язано, по-перше, з недостатнім фінансуванням як АРТ-препаратів, так і лабораторного супроводу ВІЛ-позитивних осіб, по-друге, низьким охопленням ВІЛ-позитивних СІН програмами замісної терапії, недостатньою прихильністю до АРТ.

Потребує посилення матеріально-технічного забезпечення лабораторна база у зв'язку зі збільшенням кількості пацієнтів на АРТ. Але фінансове забезпечення цих витрат пропорційно не збільшується.

Експерти відмічають системні проблеми у загальних процедурах державних закупівель, зокрема товарів медичного призначення, що призводить до перебоїв у постачанні препаратів та тест-систем.

Потребує удосконалення та масштабного впровадження інтегрований підхід до надання медико-соціальних послуг ВІЛ-позитивним СІН. У рамках реалізації програм замісної підтримувальної терапії не передбачені кошти для здійснення соціального супроводу пацієнтів, лише для придбання препаратів.

Загалом експерти відмічають суттєвий прогрес у реалізації програм лікування, догляду та підтримки в динаміці.

Рік	Кількість балів
2011	8
2009	6

VI. МОНИТОРИНГ ТА ОЦІНКА

1. Чи існує в країні єдиний національний план з моніторингу і оцінки у зв'язку з ВЛЛ (МІО)?

	Так	Розробляється	Ні
Стисло опишіть проблеми, що мають місце у сфері розробки і реалізації:			
Посадовці органів влади не мають достатнього рівня культури менеджменту, який орієнтований на результат, та розуміння моніторингу та оцінки.			

1.1. Якщо «ТАК», на який період [впишіть]:

2012-2013

1.2. Якщо «ТАК», чи узгодили та гармонізували основні партнери свої вимоги до МІО (включно з показниками) із національним планом з МІО?

Так, усі партнери

Так, деякі партнери

Ні

Н/С

Стисло опишіть проблеми, що виникли:

Представники органів влади та міжнародні, неурядові партнери застосовують різні підходи до визначення окремих знаменників до показників (наприклад, загальна кількість ЛЖВ, СІН, ЖКС, ЧСЧ тощо). Представники органів влади та державних структур наполягають на використанні даних офіційної статистики, проте представники міжнародних та неурядових організацій пропонують застосування оціночної кількості, яка визначається за результатами досліджень.

Існують певні розбіжності у поглядах на глибину та спосіб деталізації показників (наприклад, розбивка по вікових групах).

Виникають питання щодо доцільності окремих показників.

2. Чи містить національний план з моніторингу і оцінки наступні стратегії та показники?

<i>Стратегію збирання даних</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Якщо «ТАК», чи охоплює вона такі питання:</i>		
<i>обстеження поведінки</i>	Так	Ні
<i>оцінки/дослідження</i>	Так	Ні
<i>нагляд за резистентністю до препаратів для лікування ВІЛ</i>	Так	Ні
<i>епіднагляд за ВІЛ</i>	Так	Ні
<i>стандартний програмний моніторинг</i>	Так	Ні
<i>Стратегію аналізу даних</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Стратегію розповсюдження та використання даних</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>Чітко визначений стандартний набір показників з розбивкою за статевою і віковою ознаками (за можливості)</i>	<i>Так</i>	Ні
<i>Керівні принципи використання інструментів для збирання даних</i>	<i>Так</i>	Ні

3. Чи є бюджет реалізації плану з МІО?

Так	Розробляється	<i>Ні</i>
-----	---------------	-----------

3.1. Якщо «ТАК», який відсоток загального фінансування у зв'язку з ВІЛ виділяється на МІО?

..... %

4. Чи є національний підрозділ з МІО?

<i>Так</i>	Розробляється	Ні
------------	---------------	----

Стисло опишіть перешкоди, що виникли:

Можна визначити організаційно-інституційні перешкоди у діяльності національного підрозділу по МІО, а саме:

- недостатній рівень повноважень підрозділу;
- кадровий «голод»;
- перевантаження іншими завданнями, які не стосуються моніторингу та оцінки.

4.1. Якщо «ТАК», де знаходиться підрозділ з МІО?

--	--	--

4.3. Якщо «ТАК», чи є механізми, що забезпечують передачу усіма основними партнерами своїх звітів /даних з МІО до цього підрозділу для включення до національної системи МІО?

<i>Так</i>	Ні
------------	----

Стисло опишіть механізми обміну даними:

Існують певні традиції обміну даними моніторингу та оцінки між основними партнерами. Обмін даними між структурами державного сектору відбувається шляхом направлення запитів на отримання інформації. Запити готуються від імені Державної служби соцзахворювань України або від ДУ «Український центр СНІДу МОЗ України». За необхідності може оформлюватися доручення від Національної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД.

Обмін даними з міжнародними та неурядовими організаціями також відбувається шляхом направлення запитів та отримання інформації за їх згоди.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Не формалізовано механізм обміну інформацією та даними між різними партнерами має бути включений до національної системи моніторингу та оцінки.

5. Чи є національний комітет або робоча група з МІО, що проводять регулярні засідання для координації заходів з МІО?

<i>Так</i>	Ні
------------	----

6. Чи є центральна національна база даних, що містить дані з ВІЛ?

<i>Так</i>	Ні
------------	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть національну базу даних, і хто нею керує:

Національна база даних Devinfo перебуває у стадії розробки та наповнення даними. За розробку та підтримку бази даних відповідає UNICEF, за наповнення її даними – центр моніторингу та оцінки.

6.1. *Якщо «ТАК», чи містить вона інформацію про зміст, ключові групи населення і географічне охоплення послугами у зв'язку з ВІЛ, а також про організації-виконавців?*

Так, усе перераховане	<i>Так, але лише дещо з перерахованого</i>	Ні, нічого з перерахованого
-----------------------	--	-----------------------------

Якщо «ТАК», але лише дещо з перерахованого, що саме вона містить?

База даних містить цифрові значення всіх показників моніторингу та оцінки з національного плану, в тому числі інформацію про ключові групи населення та географічне охоплення послугами.

6.2. *Чи є робоча інформаційна система з охорони здоров'я⁶⁴?*

<i>На національному рівні</i>	Так	<i>Ні</i>
<i>На субнаціональному рівні</i>	Так	<i>Ні</i>

7. *Чи публікує країна, принаймні, один раз на рік звіт про заходи з МІО щодо ВІЛ/СНІД, включно зі звітами про епідагляд за ВІЛ?*

<i>Так</i>	<i>Ні</i>
------------	-----------

8. *Як використовуються дані МІО?*

--	--	--

⁶⁴ Наприклад, яка забезпечує регулярну передачу даних, що збираються у закладах охорони здоров'я на районному рівні, далі – на національному рівні, а також аналіз та використання даних на різних рівнях.

Для покращення програм?	Так	Ні
При розробці /перегляді національних заходів у відповідь на ВІЛ?	Так	Ні
При розподілі ресурсів?	Так	Ні
Інше [впишіть]: Офіційне оприлюднення даних для ознайомлення та демонстрації досягнень	Так	Ні

Стисло опишіть конкретні приклади використання даних МІО, а також можливі проблеми:
В Україні існує досить розвинена система моніторингу, зокрема як система збору, обробки, аналізу та використання статистичної інформації. Але необхідно зазначити, що система оцінки розвинена значно менше.

9. Чи проводилось навчання з МІО у минулому році?

На національному рівні	Так	Ні
Якщо «ТАК», скільки осіб пройшло навчання: 9 осіб		
На субнаціональному рівні	Так	Ні
Якщо «ТАК», скільки осіб пройшли навчання? 99 осіб (з усіх регіонів України)		
На рівні надання послуг, включно з громадянським суспільством?	Так	Ні
Якщо «ТАК», скільки? Інформація не доступна		

9.1. Чи проводились інші заходи для посилення потенціалу МІО

Так	Ні
-----	----

на додачу до навчання?

Якщо «ТАК», які заходи:

Здійснюється організаційно-методична підтримка діяльності регіональних центрів моніторингу та оцінки, зокрема шляхом видання методичних рекомендацій.

Здійснюються моніторингові візити в регіональні центри моніторингу та оцінки, в тому числі для надання консультативної допомоги та адвокації їх інтересів перед місцевою владою.

Участь в у конференціях та інших національних та міжнародних заходах з питань моніторингу та оцінки.

Придбана офісна та комп'ютерна техніка для забезпечення діяльності центрів моніторингу та оцінки.

10. Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) заходи з моніторингу і оцінки (МІО) у зв'язку з ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

Ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2011 р. N 1349 «Про єдину систему моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції».

Швидкий розвиток регіональної системи моніторингу та оцінки. В 2009 році центри моніторингу та оцінки функціонували лише в 11 областях, за 2 роки були створені центри в усіх 27 областях України.

Запроваджено міжвідомчий підхід завдяки функціонуванню групи з питань моніторингу та оцінки.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Потрібне доопрацювання національного та регіональних планів моніторингу та оцінки.

Не проводиться глибинний аналіз даних моніторингу та оцінки для подальшого прийняття управлінських рішень.

Недостатній рівень підготовки та забезпеченість кадрами з питань моніторингу та оцінки, особливо в регіонах. Функції моніторингу та оцінки в регіонах, зазвичай, визначаються як додаткові. Отже, система моніторингу та оцінки не розвивається як повноцінна самостійна структура.

Недостатня матеріально-технічна база регіональних центрів моніторингу та оцінки.

Недостатнє фінансування для проведення необхідних досліджень.

Потребує вдосконалення моніторинг діяльності громадських організацій.

Описова частина до розділу А6. Моніторинг та оцінка

На думку експертів, протягом звітного періоду відбувався послідовний розвиток системи моніторингу та оцінки.

Було завершено процес створення регіональних центрів моніторингу та оцінки в усіх областях України, налагоджено збір регіональних показників. Триває процес розробки національного плану моніторингу та оцінки, проводиться низка біоповедінкових досліджень, готуються міжнародні звіти. Запроваджено міжвідомчий підхід завдяки функціонуванню групи з питань моніторингу та оцінки.

Головним досягненням у сфері моніторингу та оцінки експерти називали ухвалення Постанови Кабінету Міністрів України від 28 грудня 2011 р. N 1349 «Про єдину систему моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції».

Серед проблем експерти зазначали недостатній рівень підготовки та забезпеченість кадрами з питань моніторингу та оцінки, особливо в регіонах.

Не проводиться глибинний аналіз даних моніторингу та оцінки для подальшого прийняття управлінських рішень.

Фінансування для проведення необхідних досліджень здійснюється переважно за рахунок проекту Глобального Фонду та міжнародних проектів, фінансування з державного бюджету не виділяється.

Загальна оцінка зусиль у сфері моніторингу та оцінки залишається на рівні минулого звіту.

Рік	Кількість балів
2011	7
2009	7

2007	3
2005	3
2003	3

ДОДАТОК 3. НАЦІОНАЛЬНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ І ПОЛІТИЧНІ ІНСТРУМЕНТИ

Частина В

[для представників організацій громадянського суспільства, двосторонніх закладів та організацій ООН]

Організація/посада	П.І.Б.	Респонденти для частини В [вказанте, в якій частині респондент відповідав на запитання]				
		В.І	В.ІІ	В.ІІІ	В.ІV	В.V
Київське міське відділення Всеукраїнської Благодійної Організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», виконавчий директор	Булах Лада	+	+	+	+	+
Миколаївський обласний громадський молодіжний рух «Пенітенціарна ініціатива», директор	Герман Олена	+	+	+	+	+
МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Асоційований директор з політики та партнерських відносин	Довбах Анна	+	+	+	+	+
МБФ «Вертикаль», президент	Куделя Деніс	+	+	+	+	+
ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», виконавчий директор	Курпіта Володимир	+	+	+	+	+
БФ «Дорада рада спільнот з питань доступу до лікування в Україні (УСАВ)», виконавчий директор	Стефанішина Ольга	+	+	+	+	+
Черкаське обласне відділення ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», голова правління	Стрижак Олена	+	+	+	+	+
Управління ООН з наркотиків та злочинності, регіональний радник з питань ВІЛ/СНІД в Україні та Молдові	Султанов Мірзахід	+	+	+	+	+

ЮНІСЕФ в Україні, керівник програм з ВІЛ/СНІД	Тарасова Тетяна						+
---	-----------------	--	--	--	--	--	---

I. УЧАСТЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА⁶⁵

1.1. GARP Якою мірою (за шкалою оцінки від 0 до 5, де 0 – Низька, а 5 – Висока) громадянське суспільство зробило свій внесок у посилення політичної прихильності провідних керівників та розробку національної стратегії/політики?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

Коментарі та приклади:

Громадянське суспільство відіграє ключову роль у формуванні державної прихильності провідних керівників через зустрічі на найвищому рівні, зустрічі зацікавлених сторін, адвокаційні кампанії та офіційне листування. Представники громадських організацій залучені до всіх стадій розробки державної політики.

Представники громадських організацій, зокрема, представники спільнот ЛЖВ та ЛГБТ, а також ВІЛ-сервісних організацій входять до складу Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД та її робочих органів (Комітету з регіональної політики, Комітету з програмних питань, Комісії з нагляду за розробкою заявок, веденням переговорів та реалізацією Програм, які здійснюються за рахунок коштів Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією).

У вересні 2011 року створено Громадську раду при Державній службі України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально небезпечних захворювань, до складу якої увійшли представники 27 організацій громадянського суспільства. Основна мета діяльності цієї Ради – забезпечення участі громадян в управлінні державними справами, здійснення громадського контролю за діяльністю Держслужби соцзахворювань України, урахування громадської думки під час формування та реалізації Держслужбою покладених на неї завдань.

На думку значної частини представників НУО, участь громадськості має переважно формальний характер і практично не впливає на ефективність реалізації державної політики та обсяги державного фінансування протидії ВІЛ-інфекції.

Основні досягнення, пов'язані з залученням громадянського суспільства в цьому напрямі:

1) Ініціювання перегляду закону України про протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні 1991 року, участь у розробці змін до закону, супровід прийняття змін Верховною Радою України. В результаті, 23 грудня 2010 року прийнято Закон України № 2861-VI «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», згідно з яким закон про протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД отримав нову назву – «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» – та 15 січня 2011 року почав діяти в новій редакції. Особливим надбанням цього Закону став пункт 3 статті 14, згідно з яким «дискримінація особи на підставі наявності в неї ВІЛ-інфекції, а також належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ забороняється».

2) Завдяки активному залученню громадянського сектору Україна отримала грант ГФСТМ в рамках 10 раунду фінансування за компонентом «СНІД» на реалізацію програми «Побудова життєздатної системи комплексних послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІД, догляду та підтримки для уразливих груп та ЛЖВ».

3) Адвокаційна кампанія щодо виділення коштів на закупівлю АРВ-препаратів із державного бюджету. У 2011 році завдяки діяльності громадських організацій ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» и БФ «Дорада рада спільнот з питань доступу до лікування в Україні» (УСАВ) вдалося переконати державних службовців у необхідності 100-відсоткового фінансування лікування хворих на ВІЛ/СНІД. Результатом ініційованої акції «Допоможіть вижити!» стало досягнення прихильності Президента України щодо необхідності закупівлі на 2011–2012 роки ліків для ВІЛ-інфікованих людей у повному обсязі за рахунок державного бюджету. Завдяки цьому фінансування витрат державного бюджету на лікування хворих на ВІЛ/СНІД було збільшено удвічі.

4) Адвокаційні заходи громадянського суспільства вплинули на внесення на розгляд парламенту законодавчих ініціатив, спрямованих на зниження дискримінації такої групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, як ЧСЧ, а також людей, які живуть з ВІЛ: зокрема, після адвокаційних звернень Всеукраїнської спілки «Рада ЛГБТ-організацій України» у Верховній Раді України зареєстровано законопроект 8487, згідно з

⁶⁵ Громадянське суспільство, серед іншого, включає: мережі людей, що живуть з ВІЛ, жіночі організації; молодіжні організації; організації, орієнтовані на ключові групи населення (у т.ч. чоловіків, що мають статеві контакти з чоловіками, трансгендерних осіб, жінок комерційного сексу, осіб, що вживають ін'єкційні наркотики, мігрантів, біженців/переміщених осіб, ув'язнених); конфесійні організації; СНІД-сервісні організації; організації на рівні громад; профсоюзні організації; організації з прав людини тощо. Примітка: в цілях цього НОПД приватний сектор розглядається окремо.

яким «забороняється будь-яка дискримінація у сфері праці за ознаками [...] статусу ВІЛ/СНІД [...] та сексуальної орієнтації».

5) Дякуючи адвокаційній діяльності гей-організацій (зокрема, ВГО «Гей-Форум України»), Державна служба статистики України офіційно повідомила в липні 2011 року про припинення ведення в Україні статистичного обліку «гомосексуалістів», у тому числі неповнолітніх.

6) Через активні адвокаційні дії неурядових організацій (зокрема, Всеукраїнської спілки «Рада ЛГБТ-організацій України», Всеукраїнської асоціації громадських організацій «Українська Гельсінська спілка з прав людини», МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», ВБО «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій») ускладнено перспективи позитивного розгляду Верховною Радою України скандально-резонансного проекту Закону України від 20 червня 2011 року № 8711 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів (щодо захисту прав дітей на безпечний інформаційний простір)», яким пропонується запровадити в Україні кримінальну відповідальність за «пропаганду гомосексуалізму» та «культ гомосексуалізму» та який унеможливив би значну частку інформаційних заходів з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ. Проте варто зазначити, що цей законопроект не знято з порядку денного та його відхилення парламентом потребуватиме подальших зусиль громадянського суспільства.

7) Активна діяльність громадянського суспільства у січні 2012 року зробила можливим зустріч Виконавчого директора Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією Мішеля Казачкіна з Прем'єр-міністром України, Міністром охорони здоров'я України та членами Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД – Координаційним механізмом країни (КМК).

8) Завдяки активній позиції громадянського суспільства щодо актуалізації проблематики ВІЛ/СНІД, на державному рівні наприкінці 2010 року створено Державну службу України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально небезпечних захворювань – центральний орган виконавчої влади, на який покладено завдання з реалізації державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД (Указ Президента України від 9 грудня 2010 року № 1085 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади»).

9) Активна діяльність неурядових організацій сприяла запровадженню в Україні стандартів надання соціальних послуг із протидії епідемії ВІЛ-інфекції, які затверджено спільним наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 13 вересня 2010 року № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику», зареєстрованим Міністерством юстиції України 8 жовтня 2010 року за № 903/18198. Затверджено п'ять стандартів: 1) Стандарт надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД; 2) Стандарт надання соціальних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом; 3) Стандарт надання соціальних послуг хворим на поєднані захворювання туберкульоз та ВІЛ-інфекцію; 4) Стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин); 5) Стандарт надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів.

1.2. GARP Якою мірою (за шкалою оцінки від 0 до 5, де 0 – Низька, а 5 – Висока) представники громадянського суспільства були залучені до процесу планування та складання бюджетів для Національного стратегічного плану з ВІЛ або для поточного плану заходів (наприклад, участь у зібраннях з питань планування), а також до аналізу проектів документів?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

Коментарі та приклади:

Представники громадянського сектору залучені до планування та складання бюджетів Національного (та місцевих) планів та заходів.

Участь представників громадськості у розробці пропозицій та забезпеченні реалізації державної політики, консолідованому використанні коштів та проведенні моніторингу виконання програм з ВІЛ забезпечується шляхом входження представників громадськості до складу:

- Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД та її робочих органів;
- місцевих (регіональних/міських/районних) рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД;
- міжсекторальних робочих груп, утворених при МОЗ.

Так, наприклад, Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки розроблялася із залученням національних і регіональних громадських організацій, міжсекторальних робочих груп.

Проте держава недостатньою мірою враховує пропозиції громадськості у плануванні національних та місцевих бюджетів з ВІЛ. Бюджет програми виконується менше ніж на 50%, і на практиці громадські організації не мають

впливу на його виконання і контроль.

1.3. GARP Якою мірою (за шкалою оцінки від 0 до 5, де 0 – Низька, а 5 – Висока) послуги, що надаються громадянським суспільством, з профілактики, лікування, догляду та підтримки, включені до:

а. Національної стратегії подолання ВІЛ?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

б. Національного бюджету з ВІЛ?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

с. Національних звітів з ВІЛ?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

Коментарі та приклади:

а. Переважну частину заходів, що здійснюються громадянським суспільством, включено до **Національної стратегії**. Проте це стосується тільки тих заходів, що фінансуються в рамках грантів Глобального Фонду через основних реципієнтів.

Заходи, що здійснюються громадянським сектором поза фінансуванням Глобального Фонду, не включено до Національної стратегії.

б. До **Національного бюджету** з ВІЛ включено бюджет тільки тих заходів, що реалізуються в рамках грантів Глобального фонду.

Національна стратегія не передбачає фінансування НУО на національному рівні. В Україні на сьогодні відсутній конкретний механізм реалізації заходів з протидії ВІЛ для НУО за кошти державних джерел.

с. До складання **Національних звітів** активно долучаються представники громадськості. Основні звіти готуються значною мірою на підставі результатів біоповедінкових досліджень, проведення яких здійснюється громадськими організаціями. А цільову групу таких досліджень становлять переважно клієнти громадських організацій.

Найчастіше до підготовки національних звітів залучаються фахівці громадянського суспільства, які володіють інформацією щодо важкодоступних груп населення.

Національний звіт України з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД 2009 року підготовлено та обговорено на зустрічі зацікавлених сторін і партнерів. Звіт було презентовано та схвалено на зустрічах Робочої групи з моніторингу та оцінки за участі представників центральних органів виконавчої влади, громадських, міжнародних та двосторонніх організацій, у тому числі Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ.

1.4. GARP Якою мірою (за шкалою оцінки від 0 до 5, де 0 – Низька, а 5 – Висока) представники громадянського суспільства залучені до моніторингу і оцінки (МІО) заходів у відповідь на ВІЛ?

а. Розробка національного плану з МІО?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

б. Участь у роботі національного комітету/робочої групи з МІО, відповідальних за координацію заходів з МІО?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

в. Участь у використанні даних при прийнятті рішень?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

Коментарі та приклади:

а. 28.12.2011 р. постановою Кабінету Міністрів України затверджено Положення про єдину систему моніторингу і оцінки, 09.02.2012 р. наказом МОЗ України затверджено Національний план з МІО (наказ подано на державну реєстрацію до Міністерства юстиції України). До розробки цих документів активно долучилися представники громадськості, зокрема, члени Національної групи з МІО.

б. 09.04.2009 р. створено Український центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, 30.01.2010 р. наказом МОЗ України утворено міжвідомчу робочу групу з питань моніторингу та оцінки ефективності виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД. Діяльність Національного центру та Національної групи з МІО здійснюється за підтримки міжнародних інституцій. Представники громадськості беруть активну участь у діяльності національної групи з МІО. У складі Національної групи з МІО – представники міжнародних та українських організацій, в т.ч. дослідницьких організацій.

На думку деяких представників НУО, існує певна залежність діяльності Національної групи з МІО від підтримки міжнародних інституцій. Отже, фактично немає відчуття того, що результати діяльності цієї групи є продуктом держави.

в. Варто зазначити, що внаслідок самоорганізації окремих груп ризику в Україні працюють координаційні структури, залучені як у цілому, так і на рівні окремих експертів до процесу моніторингу та оцінки заходів відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні. Йдеться, передусім, про Постійну референтну групу з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів в Україні (ПРГ–Україна) – експертно-дорадчий орган, який працює в Україні вже п'ятий рік. Аналогічні органи створюються також на місцевому рівні (напр., працює Постійна референтна група з питань ЛГБТ-спільноти та ЧСЧ-сервісних проектів у Донецькій області).

1.5. GARP Якою мірою (за шкалою оцінки від 0 до 5, де 0 – Низька, а 5 – Висока) представництво громадянського суспільства у заходах щодо протидії ВІЛ відображає участь різноманітних організацій (напр., організацій та мереж людей, що живуть з ВІЛ, організацій жінок комерційного сексу, конфесійних організацій)?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

Коментарі та приклади:

Участь громадянського сектору є значною та різнобічною – від надання послуг до формування політики. Найбільш активними є представники спільноти ЛЖВ та ЛГБТ/ЧСЧ, більш пасивними – ЖКС.

Серед експертів є думка, що представництво громадянського сектору пов'язане здебільшого не з категорією спільноти, а з лобюванням інтересів ВІЛ-сервісних організацій, які фінансуються за кошти Глобального Фонду. Понад 100 НУО отримали гранти від ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» на реалізацію програм з догляду, підтримки та лікування в Україні, понад 100 НУО отримали гранти від МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» на реалізацію програм з профілактики ВІЛ в Україні.

Мобілізація спільнот (груп ризику та ЛЖВ) є одним із нових напрямів діяльності в Україні, проте вже зараз зареєстровані (легалізовані) та активно залучені до послуг із профілактики, догляду і підтримки та/або до вироблення відповідної політики такі організації: Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» (спільнота ЛЖВ), Благодійна організація «Всеукраїнська Ліга «ЛЕГАЛАЙФ» (спільнота ПКС); Всеукраїнська громадська організація «Асоціація учасників замісної підтримувальної терапії України» (спільнота клієнтів ЗПТ); ВБО «Спільнота», МБФ «Вертикаль», МБФ «Федерація «Клубний дім» (спільнота СІН); Громадська організація колишніх в'язнів «ПОДОЛАННЯ»; Всеукраїнська спілка «Рада ЛГБТ-організацій України», Всеукраїнська громадська організація «ГЕЙ-АЛЬЯНС УКРАЇНА», Всеукраїнська громадська організація «Гей-Форум України», Всеукраїнська благодійна організація «Точка опори» (спільнота ЛГБТ / група ЧСЧ) та ще 34 ЛГБТ-організації.

У квітні 2011 року в Україні створено Коаліцію з протидії дискримінації (КПД) в Україні, до складу якої станом на 1 березня 2012 року входить 26 НУО. Одним зі своїх завдань ця Коаліція ставить подолання дискримінації в Україні за ознакою стану здоров'я, зокрема, за ВІЛ-статусом.

Найслабшим є представництво релігійних та реабілітаційних організацій. При цьому варто зауважити, що окремі конфесійні організації та установи ставлять за мету роботу з представниками деяких груп ризику. Наприклад, одним зі статутних завдань Благодійної установи — Шпиталю імені Митрополита Андрія Шептицького Курії Львівської Архиепархії Української Греко-Католицької Церкви визначено «надання соціальної допомоги, захисту та сприяння [...] сексуальним меншинам».

Також необхідно активізувати бізнес-сектор і профспілкові рухи, спілки та коаліції.

1.6. GARP Якою мірою (за шкалою оцінки від 0 до 5, де 0 – Низька, а 5 – Висока) представники громадянського суспільства отримують доступ до:

а. Адекватної фінансової допомоги для здійснення своїх заходів у зв'язку з ВІЛ?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

б. Адекватної технічної допомоги для здійснення своїх заходів у зв'язку з ВІЛ?

НИЗЬКА					ВИСОКА
0	1	2	3	4	5

Коментарі та приклади:

Представники громадянського суспільства мають доступ до фінансової та технічної підтримки на здійснення заходів щодо ВІЛ виключно в контексті допомоги з боку міжнародних донорських організацій (Глобального Фонду, USAID, «Відродження», GIZ та ін.). Фінансова та технічна допомога з боку донорських організацій здебільшого спрямована на АРТ-лікування та ЗПТ, догляд і підтримку, профілактику серед уразливих груп населення, мобілізацію спільнот та адвокацію.

Життєздатність таких проектів занадто низька, а механізмів діяльності громадських організацій поза такою допомогою нема. Отже, за умов постійного скорочення обсягів фінансової та технічної допомоги з боку донорських організацій на реалізацію заходів, кількість клієнтів програм буде також зменшуватися, якість надання послуг знижуватиметься.

Навички фандрайзингу та соціального підприємництва у громадських організацій не розвинені.

Фінансова та технічна допомога мало доступна на рівні невеликих міст/районів.

1.7. GARP Який відсоток зазначених нижче програм/послуг у зв'язку з ВІЛ, за оцінками, реалізується/ надається організаціями громадянського суспільства?

Профілактика серед ключових груп населення (подається у відсотках)

Люди, що живуть з ВІЛ	<25	25–50	51–75	>75
Чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками	<25	25–50	51–75	>75
Споживачі ін'єкційних наркотиків	<25	25–50	51–75	>75
Жінки комерційного сексу	<25	25–50	51–75	>75
Трансгендерні особи	<25	25–50	51–75	>75
Тестування та консультування	<25	25–50	51–75	>75
Зниження рівня стигми та дискримінації	<25	25–50	51–75	>75
Клінічні послуги (АРТ/ОІ (опортуністичні інфекції))	<25	25–50	51–75	>75
Догляд вдома	<25	25–50	51–75	>75
Програми для СУД (сироти та інші уразливі діти)	<25	25–50	51–75	>75

1.8. GARP **Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно), заходи, спрямовані на підвищення рівня участі громадянського суспільства, у 2011 році?**

Дуже погано										Відмінно
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

1. У 2010 році Україна розробила та подала заявку на фінансування у 10 раунді Глобального Фонду за компонентом «СНІД». Основним реципієнтом визначено 3 організації: 2 – з неурядового сектору (ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»), 1 – державна установа «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України». В рамках програми окремо визначено компонент з посилення систем спільнот.
2. 03.11.2010 р. Кабінет Міністрів України прийняв постанову «Про забезпечення участі громадськості у формуванні та реалізації державної політики», якою затверджено Порядок проведення консультацій з громадськістю з питань формування та реалізації державної політики, а також вирішено створити громадську раду при кожному органі виконавчої влади. Такі ради є майданчиком діалогу уряду з неурядовим сектором. Громадську раду утворено при Державній службі України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД (вересень 2011) та оновлено склад Громадської ради при Міністерстві охорони здоров'я України (жовтень 2011).
2. Запроваджено механізм ротації членів Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД.
3. Продовжуються діяльність міжсекторальних робочих груп, які працюють у сфері протидії ВІЛ, оновлюється їх склад, створюються нові групи.
4. Внаслідок проведених зустрічей з представниками МОЗ, членів УСАВ (об'єднання пацієнтів найбільш соціально небезпечних хвороб для захисту своїх інтересів) було включено до складу робочих груп МОЗ України, які відповідають за питання державних закупівель АРВ та протитуберкульозних препаратів на 2012 рік, а також до складу Координаційної ради МОЗ України з питань діяльності Національної спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» (у структурі дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» функціонує Центр для лікування дітей з ВІЛ/СНІД та їх батьків).

Які проблеми залишаються у цій галузі?

1. Відсутня система контракування громадянського суспільства на виконання послуг.
2. Відсутня система державної підтримки для НУО.
3. Неоднаковий рівень співробітництва урядового і неурядового секторів на національному і регіональному рівнях.
4. Недостатня ефективність діяльності Національної ради з ТБ/ВІЛ як платформи для досягнення консенсусу громадянського суспільства та державних структур.
5. Процес прийняття рішень лишається «закритим» для громадянського суспільства, особливо це характерно для регіонального рівня.
6. Недостатньо прозорий процес формування та виділення фінансування .
7. Громадські організації в Національній раді з ТБ/ВІЛ не мають вирішального голосу, що формалізує їхню участь у раді.
8. Основна частка послуг, що надаються громадянським суспільством, зосереджена на рівні обласних центрів і великих міст.
9. Обсяг, якість та інтенсивність заходів профілактики ВІЛ-інфекції серед найбільш уразливих груп населення залишаються недостатніми для зупинення поширення ВІЛ у цих групах та обмеження потенційного поширення ВІЛ на загальне населення.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ДО РОЗДІЛУ «УЧАСТЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА»

Громадянське суспільство у 2010–2011 рр. продовжувало відігравати значну роль у формуванні та реалізації державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД. Основними формами такої участі були:

- на національному рівні – представництво громадськості у складі Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД (Координаційний механізм країни) та її постійних комітетів і комісій (Комітет з регіональної політики, Комітет з програмної діяльності, Комісія з нагляду); на регіональному рівні – представництво громадськості у складі місцевих рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД та робочих груп, утворених при них;

- участь громадськості у роботі міжсекторальних робочих груп (наприклад, при МОЗ створено близько 16 робочих груп, діяльність яких пов'язана з протидією ВІЛ/СНІД, серед яких варто зазначити Міжвідомчу робочу групу з питань надання соціальних послуг уразливим групам населення у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та туберкульозу);

- діяльність громадських рад при органах виконавчої влади, зокрема, Громадської ради при Державній службі України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально небезпечних захворювань, утвореної у вересні 2011 року (про результати її діяльності поки що говорити зарано);

- зустрічі зацікавлених сторін;

- адвокаційні кампанії;

- офіційне листування та робочі зустрічі з представниками урядових органів виконавчої влади.

Теоретично громадськість має широкі можливості для своєї участі у процесах формування та реалізації державної політики. Водночас, респонденти зазначають і про наявні недоліки, більшість з яких вже згадувалися експертами в попередньому звіті (2009 року), а саме:

- формальний характер участі громадськості у роботі Національної ради з ТБ/ВІЛ, пов'язаний з відсутністю вирішального голосу громадськості у прийнятті рішень;
- недостатньо прозорий процес формування та виділення фінансування. Неврахування пропозицій громадськості у плануванні національних та місцевих бюджетів з ВІЛ;
- відсутність впливу з боку громадськості на виділення коштів та контролю за їх використанням;
- «закритість» процесу прийняття рішень» для громадянського суспільства, особливо на регіональному рівні;
- недостатнє представництво груп підвищеного ризику у складі Національної та регіональних рад з ТБ/ВІЛ;
- недостатня ефективність Національної ради з ТБ/ВІЛ як платформи для досягнення консенсусу громадянського суспільства та державних структур;
- низький рівень участі громадськості, передусім тих, хто представляє інтереси груп підвищеного ризику, на рівні малих міст і районів;
- слабе представництво релігійних та реабілітаційних організацій, бізнес-сектору і профспілкових рухів, спілок та коаліцій;
- відсутність підтримки НУО з боку держави;
- національна стратегія не включає заходи НУО, фінансування яких здійснюється з інших джерел, крім Глобального Фонду;
- представництво громадськості здебільшого пов'язане з представленням не стільки інтересів самої спільноти, скільки ВІЛ-сервісних організацій. Фінансування діяльності цих організацій здійснюється переважно за кошти донорів, насамперед Глобального Фонду;
- залежність НУО від фінансування з одного джерела (найчастіше мова йде про Глобальний Фонд), що свідчить про недостатню життєздатність таких організацій і їхньої діяльності в разі припинення фінансування з боку донора;
- залежність функціонування національної системи моніторингу й оцінки від технічної допомоги з боку недержавних організацій (підтримка національної групи МІО, Національного центру МІО).
- відсутність/недостатня розвиненість навичок фандрайзингу та соціального підприємництва у НУО;
- зосередженість діяльності НУО на рівні обласних центрів і великих міст; невеликі міста та райони не охоплено послугами;
- недоступність для НУО фінансової та технічної допомоги на рівні невеликих міст/районів.

Зміст перелічених проблем, які перешкоджають більш активному залученню громадянського суспільства до протидії ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні, здебільшого повторює ситуацію 2008–2009 рр. Незважаючи на перешкоди, громадянському суспільству вдалося внести свій вклад у формування та реалізацію державної політики, розв'язання низки проблем для підвищення доступності та якості послуг у сфері протидії ВІЛ. Основні досягнення, пов'язані з залученням громадянського суспільства в цьому напрямку:

- 1) Надбанням Закону України 2011 року «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» є заборона дискримінації особи на підставі наявності в неї ВІЛ-інфекції, а також належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ.
- 2) Завдяки активній позиції громадянського сектору Україна отримала грант ГФСТМ в рамках 10 раунду за компонентом «СНІД» на реалізацію програми «Побудова життєздатної системи комплексних послуг з профілактики та лікування ВІЛ/СНІДу, догляду та підтримки для уразливих груп та ЛЖВ».

- 3) Завдяки діяльності громадських організацій ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» и БФ «Дорада рада спільнот з питань доступу до лікування в Україні » (UCAB) фінансування витрат державного бюджету на лікування хворих на ВІЛ/СНІД було збільшено удвічі.
- 4) Адвокаційні заходи громадянського суспільства сприяли тому, що у Верховній Раді України було зареєстровано законопроект 8487, згідно з яким «забороняється будь-яка дискримінація у сфері праці за ознаками [...] статусу ВІЛ/СНІД [...] та сексуальної орієнтації».
- 5) Активна діяльність неурядових організацій мала наслідком запровадження в Україні стандартів надання соціальних послуг із протидії епідемії ВІЛ-інфекції, які затверджено спільним наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці та соціальної політики України та Міністерства охорони здоров'я України від 13 вересня 2010 року № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику», зареєстрованим Міністерством юстиції України 8 жовтня 2010 року за № 903/18198.
- 6) За участі представників НУО розроблено та затверджено Положення про єдину систему МІО (постанова Кабінету Міністрів України від 28.12.2011 р.) та Національний план МІО (наказ МОЗ України 09.02.2012 р.).
- 7) Внаслідок проведених зустрічей з представниками МОЗ члени UCAB (об'єднання пацієнтів найбільш соціально небезпечних хвороб для захисту своїх інтересів) увійшли до складу робочих груп МОЗ України, які відповідають за питання державних закупівель АРВ та протитуберкульозних препаратів на 2012 рік, а також до складу Координаційної ради МОЗ України з питань діяльності Національної спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» (в структурі дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» функціонує Центр для лікування дітей з ВІЛ/СНІД та їх батьків).

У цьому звітному періоді експерти з боку громадянського суспільства вище (порівняно із 2009 роком) оцінили зусилля, спрямовані на посилення участі громадянського суспільства (рис. 1). Проте цей показник дещо нижчий порівняно з 2005 і 2007 роками.

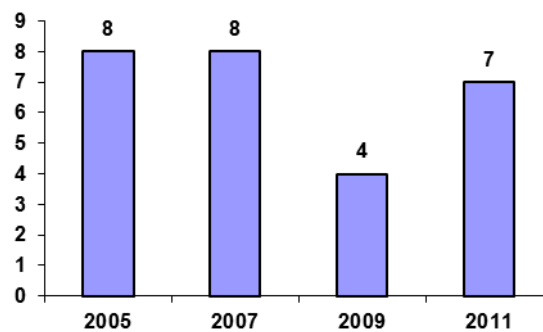


Рис. 1. Оцінка зусиль, спрямованих на посилення участі громадянського суспільства, в 2005, 2007, 2009 та 2011 рр., за результатами опитування експертів

II. ПОЛІТИЧНА ПІДТРИМКА ТА ЛІДЕРСТВО

2.1. GARP Чи залучає уряд – за рахунок політичної та фінансової підтримки – людей, що живуть з ВІЛ, ключові групи населення та/або інші уразливі підгрупи населення до процесу розробки державної політики і реалізації державних програм з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», наведіть декілька прикладів того, коли і яким чином це відбувалося:

Залучення представників спільнот ЛЖВ та інших ключових груп населення до процесу розробки державної політики та реалізації державних програм у сфері ВІЛ має місце переважно на національному рівні. Наприклад:

- 1) Розробка Національної стратегії на 2009–2013 рр., планування національних витрат.
- 2) Розробка регіональних операційних планів.
- 3) Робота комітетів і робочих груп у сфері протидії ВІЛ. Втім, експерти скептично ставляться до готовності держави прислухатися до представників уразливих груп.
- 4) Один-два представники ЛЖВ входять до складу Національної ради з ТБ/ВІЛ. Відповідно до Положення про Національну раду, Голова Ради має чотирьох заступників, один з яких є (за згодою) представником громадських організацій людей, які живуть з туберкульозом або ВІЛ-інфекцією/СНІД.

III. ПРАВА ЛЮДИНИ

3.1. GARP

Чи існують в країні закони та положення, що захищають від дискримінації окремі ключові групи населення, а також інші уразливі підгрупи населення?

Обведіть кружечком «ТАК», якщо політика передбачає захист від дискримінації якоїсь з перерахованих нижче ключових груп населення:

КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ ТА УРАЗЛИВІ ПІДГРУПИ НАСЕЛЕННЯ		
Люди, що живуть з ВІЛ	Так	Ні
Чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками	Так	Ні
Мігранти/мобільні групи населення	Так	Ні
Сироти та інші уразливі діти	Так	Ні
Особи з обмеженими можливостями	Так	Ні
Споживачі ін'єкційних наркотиків	Так	Ні
Ув'язнені	Так	Ні
Жінки комерційного сексу	Так	Ні
Трансгендерні особи	Так	Ні
Жінки та дівчата	Так	Ні
Молоді жінки/молоді чоловіки	Так	Ні
Інші особливі уразливі групи населення ⁶⁶ [впишіть]:	Так	Ні

3.2. GARP

Чи існує в країні загальний (наприклад, орієнтований не тільки на дискримінацію у зв'язку з ВІЛ) антидискримінаційний закон?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК» щодо запитань 3.1. або 3.2., стисло опишіть зміст таких законів:

Незважаючи на відсутність єдиного загального закону з протидії дискримінації, заборона дискримінації передбачена у ряді нормативних документів.

Заборона дискримінації передбачена статтею 24 Конституції України:

«Громадяни мають рівні конституційні права і свободи та є рівними перед законом. Не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками». На жаль, зазначене формулювання Основного Закону не відповідає викликам часу, бо не гарантує ефективного захисту від дискримінації за максимально можливим переліком ознак. Так, у статті 24 Конституції не згадано такі актуальні для українського суспільства підстави дискримінації, як вік, сексуальна орієнтація чи інвалідність.

У квітні 2011 року в Україні створено Коаліцію з протидії дискримінації (КПД) в Україні, до складу якої станом на 1 березня 2012 року входить 26 НУО. Одним зі своїх завдань ця Коаліція ставить подолання дискримінації в Україні за переліком із 22 ознак, серед яких, зокрема, стан здоров'я, ВІЛ-статус, сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність. Коаліцією з протидії дискримінації розроблено проект Закону України «Про захист від дискримінації», який планується запропонувати суб'єктам законодавчої ініціативи для подальшого офіційного внесення на розгляд парламенту.

1. В Україні законодавчо заборонено дискримінацію ВІЛ-позитивних людей на підставі їх статусу.

Закон України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»

- Стаття 14, п. 3: *«Дискримінація особи на підставі наявності в неї ВІЛ-інфекції забороняється. Дискримінацією вважається дія або бездіяльність, що у прямий чи непрямий спосіб створює обмеження, позбавляє належних прав особу або принижує її людську гідність на підставі однієї чи кількох ознак, пов'язаних з фактичною чи можливою наявністю в неї ВІЛ, або дає підстави віднести особу до груп*

⁶⁶Інші особливі уразливі групи населення, крім зазначених вище, можуть включати ті, що, за наявними даними, на місцевому рівні вважаються групами населення підвищеного ризику зараження ВІЛ (зокрема, в алфавітному порядку): бісексуали, клієнти жінок комерційного сексу, корінне населення, **внутрішні мігранти**, ув'язнені, а також біженці).

підвищеного ризику інфікування ВІЛ».

2. В Україні ряд документів передбачають заборону дискримінації у сфері праці, крім того, Загальнодержавна програма профілактики ВІЛ-інфекції передбачає заходи, спрямовані на подолання дискримінації на робочих місцях, хоча при цьому заплановану суму фінансування у програмі не вказано:

- Розділ II. «Профілактичні заходи»: «Забезпечення розроблення програм з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на робочих місцях з метою недопущення дискримінації ВІЛ-інфікованих у сфері трудових відносин, проведення постійного моніторингу в цій сфері»; «Підготовка та забезпечення застосування методик профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на робочих місцях, а також подолання проявів дискримінації у сфері трудових відносин»

Закон України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (нова редакція 2010 р.):

- Стаття 16: *«Звільнення з роботи, відмова у прийнятті на роботу людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їх ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їхніх близьких на цій підставі забороняється».*

Проект Трудового кодексу України (перебуває на стадії громадського обговорення)

- Книга перша. Загальні положення. Глава 1. Основні положення. Стаття 4. Недопущення дискримінації у сфері праці: *«Забороняється будь-яка дискримінація у сфері праці, зокрема порушення принципу рівності прав і можливостей, пряме або непряме обмеження прав працівників залежно від підозри чи наявності захворювання на ВІЛ/СНІД».*

Наказ МОН від 01.06.2009 року №457 «Про затвердження плану заходів Міністерства освіти і науки України з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»:

- Пункт 1.4. Плану заходів: *«Контролювати дотримання законодавства з питань ВІЛ-інфекції/СНІД у сфері трудових відносин щодо подолання дискримінації ВІЛ-інфікованих, забезпечити застосування методик профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД на робочих місцях, а також подолання проявів дискримінації у сфері трудових відносин».*

3. В Україні законодавчо визначено заборону дискримінації ЛЖВ з боку надавачів медичних послуг.

Закон України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (нова редакція 2010 р.):

- Стаття 16: *«Відмова у прийомі до медичних закладів людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їх ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їхніх близьких на цій підставі забороняється».*

4. В Україні законодавчо визначено заборону дискримінації ЛЖВ у сфері шкільної та дошкільної освіти.

- Стаття 16 Закону України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (нова редакція 2010 р.).
- Наказ МОЗ, МОН, Мінсім'ямолодьспорту, Державного департаменту з виконання покарань, Мінпраці №740/1030/4154/321/614а від 23.11.2007 року «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»:

Інструкція про порядок надання медико-соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям, пункт 6.1: *«ВІЛ-інфіковані діти відвідують дитячі дошкільні, середні, спеціалізовані та вищі навчальні заклади I–IV рівнів акредитації на загальних підставах».*

5. В Україні важливість впровадження заходів з підвищення толерантності до ЛЖВ визначається і забезпечується рядом нормативних актів.

Закон України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (нова редакція 2010 р.):

- Стаття 4, пункт 1, підпункт 13: *«Держава гарантує забезпечення реалізації послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ».*
- Стаття 4, пункт 1, підпункт 14: *«Держава гарантує забезпечення провадження інформаційної діяльності, спрямованої на формування у населення толерантного ставлення та неприпустимість дискримінації людей, які живуть з ВІЛ».*

Закон України №1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»:

- Розділ II «Профілактичні заходи»: «Сприяння формуванню толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД». Заплановане фінансування – 700 тис. грн. за рахунок гранту ГФ; «Забезпечення інформаційно-просвітницької роботи з питань толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих дітей». Заплановане фінансування – 5000 грн. за рахунок державного бюджету.

Наказ МОЗ від 25.06.2009 № 452 «Про затвердження Плану заходів з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»:

- Пункт 6.3 Плану заходів: «Сприяти формуванню толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у співпраці з неурядовими організаціями».

6. В Україні важливість впровадження заходів з підвищення толерантності до УГ визначається і забезпечується рядом нормативних актів. Щоправда, суму фінансування таких заходів у Загальнодержавній програмі не вказано.

Закон України від 12.12.1991 №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (нова редакція від 2010 р.):

- Стаття 4, пункт 1, підпункт 13 та 14 (див. вікно 7 цієї форми).

Закон України №1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

- Розділ II «Профілактичні заходи»: *«Проведення заходів, спрямованих на подолання проявів дискримінації стосовно представників груп ризику з боку працівників охорони здоров'я, органів праці та соціального захисту населення».*

Наказ МОЗ від 25.06.2009 №452 «Про затвердження Плану заходів з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»:

- Пункт 6.4 Плану заходів: «Забезпечити проведення заходів, спрямованих на подолання проявів дискримінації стосовно представників груп ризику з боку працівників охорони здоров'я, органів праці та соціального захисту населення».

7. В Україні закони та накази МОН гарантують включення питання толерантного ставлення до ЛЖВ до навчальних програм шкіл.

Закон України від 12.12.1991 №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (нова редакція 2010 р.):

- Стаття 4, пункт 1, підпункт 6: *«Держава гарантує забезпечення включення питань щодо неприпустимості дискримінації таких людей [ЛЖВ] та необхідності формування толерантного ставлення до них до відповідних навчальних програм для середніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів».*

Наказ МОН від 01.06.2009 № 457 «Про затвердження плану заходів Міністерства освіти і науки України з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»:

- Пункт 4.2 Плану заходів: *«Запровадити у загальноосвітніх навчальних закладах факультативний курс для молоді з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД».*
- Пункт 4.5 Плану заходів: *«Сприяти формуванню толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД. Забезпечити проведення інформаційно-просвітницької роботи з питань формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих дітей».*

8. В Україні Міністерство освіти і науки України включило питання толерантного ставлення до ЛЖВ до навчальних програм курсів підвищення кваліфікації педагогічних працівників.

Наказ МОН від 01.06.2009 №457 «Про затвердження плану заходів Міністерства освіти і науки України з виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»

- Пункт 3.6. Плану заходів: *«Включити курс «Формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних дітей в системі дошкільної та шкільної освіти» до системи підвищення кваліфікації педагогічних працівників дошкільних і середніх загальноосвітніх навчальних закладів, керівних кадрів освіти».*

Стисло роз'яснить, які існують механізми, що забезпечують практичне застосування цих законів:

Низка законів потребує перегляду для приведення у відповідність із Законом України №1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки». Відсутні підзаконні акти, спрямовані на виконання нової редакції (від 23.12.2010 року) Закону України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Стисло прокоментуйте, якою мірою вони застосовуються у даний час:

Через відсутність прийнятих підзаконних актів, норми з протидії дискримінації, передбачені новою редакцією Закону з протидії ВІЛ, на практиці проблематично реалізувати.

Саме законодавство на сьогодні мало що може змінити – необхідно змінювати правову культуру і правову свідомість. За даними опитувань, в Україні тільки 3% людей вірять у справедливість суду, його непідкупність та неупередженість. Отже, нова редакція Закону з протидії ВІЛ буде марною, якщо нормами закону ніхто не буде користуватися.

3.2. GARP Чи існують в країні закони, положення або політика, які є перешкодами⁶⁷ на шляху отримання ефективної профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ для ключових груп населення, а також інших уразливих підгруп населення?

Так	Ні
-----	----

3.2.1. GARP Якщо «ТАК», за якими підгрупами населення?

КЛЮЧОВІ ГРУПИ НАСЕЛЕННЯ ТА УРАЗЛИВІ ПІДГРУПИ НАСЕЛЕННЯ		
Люди, що живуть з ВІЛ	Так	Ні
Чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками	Так	Ні
Мігранти/мобільні групи населення	Так	Ні
Сироти та інші уразливі діти	Так	Ні
Особи з обмеженими можливостями	Так	Ні
Споживачі ін'єкційних наркотиків	Так	Ні
Ув'язнені	Так	Ні
Жінки комерційного сексу	Так	Ні
Трансгендерні особи	Так	Ні
Жінки та дівчата	Так	Ні
Молоді жінки/молоді чоловіки	Так	Ні
Інші особливі уразливі групи населення ⁶⁸ [впишіть]:	Так	Ні

⁶⁷Це необов'язково повинні бути ВІЛ-орієнтовані політика та закони. Це можуть бути політика, закони і положення, які заважають забезпеченню доступу або ускладнюють доступ до послуг у сфері профілактики, лікування, догляду та підтримки. У звітах за країнами, опублікованих у попередніх роках, наводились, серед іншого, такі приклади: «закони, що криміналізують одностатеві стосунки», «закони, що криміналізують зберігання презервативів або інвентарю для вжиття наркотиків»; «закони про жебрацтво»; «закони, що перешкоджають імпорту ліків-генериків»; «політика, що перешкоджає розповсюдженню та зберіганню презервативів у тюрмах»; «політика, що перешкоджає доступу до АРТ-терапії осіб, що не є громадянами цієї країни»; «криміналізація передачі та нараження на отримання ВІЛ»; «закони про спадкування/відповідні права жінок», «закони, що забороняють надання молоді інформації та послуг, пов'язаних з сексом та репродуктивним здоров'ям» тощо.

⁶⁸Інші уразливі групи населення, крім зазначених вище, можуть включати ті, що, за наявними даними, на місцевому рівні вважаються групами населення підвищеного ризику зараження ВІЛ (зокрема, в алфавітному порядку): бісексуали, клієнти жінок комерційного сексу, корінне населення, внутрішні мігранти, лесбійки, ув'язнені, а також біженці). Впишіть те ж саме, якщо Ви згодні з вищезазначеним.

Стисло опишіть зміст цих законів, положень або політики:

- Медична допомога для проведення АРТ здійснюється за територіальним принципом.
- Відповідно до правил внутрішнього розпорядку установ пенітенціарної системи та норм кримінально-виконавчого кодексу, шприц є забороненим предметом, що робить неможливим реалізацію програм з обміну шприців на їх території. Також існує заборона на видачу на руки медичних препаратів, у тому числі АРВ-препаратів, що створює додаткові труднощі у формуванні та підтримці прихильності, ускладнює лікування і отримання послуг з догляду та підтримки.
- Нема законодавчої бази, яка регламентує продовження замісної терапії в установах МВС та пенітенціарної системи, що призводить до переривання лікування ще на етапі ізолятора тимчасового тримання.
- Недостатнє розширення програм ЗПТ, спричинено, зокрема, відсутністю або незадовільною якістю наказів регіональних УОЗ, у т.ч. відсутністю графіків розподілів препаратів та закріплених аптечних закладів; невиконання наказів МОЗ щодо кількості пацієнтів ЗПТ, відсутність рецептурного відпуску препаратів.
- Застаріла та неповна нормативно-правова база, що регламентує порядок зберігання та знищення медичних відходів, та вимога обов'язкової дезінфекції використаних шприців з боку контролюючих органів перешкоджає діяльності громадських організацій щодо збору використаних шприців. За 12 місяців збір шприців впав драматично: з 4 714 163 у 2010 році до 3 632 750 у 2011 році.
- Новою редакцією наказу МОЗ України № 188/2000 р. від 29.07.2010 року «Про затвердження Таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться в незаконному обігу» значно збільшено кількість опію ацетилованого, за незаконне зберігання якого настає кримінальна відповідальність в Україні. Внаслідок цього до 20 разів підвищився рівень криміналізації споживачів опіодів, удвічі знизилася кількість зданих на обмін використаних шприців, що, у свою чергу, призводить до зниження ефективності профілактичних програм для СІН.
- Досі залишається актуальною проблема з визнанням гуманітарною допомогою лікарських засобів, виробів медичного призначення та лубрикантів, які закуповуються за кордоном Альянсом та Мережею ЛЖВ для профілактики та лікування ВІЛ/СНІД та туберкульозу в Україні на виконання відповідних угод з Глобальним Фондом.
- На розгляд Верховної Ради України групою з шести парламентарів подано скандально-резонансний проект Закону України від 20 червня 2011 року № 8711 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів (щодо захисту прав дітей на безпечний інформаційний простір)», яким пропонується запровадити в Україні кримінальну відповідальність за «пропаганду гомосексуалізму» та «культ гомосексуалізму». В разі прийняття цей законопроект унеможливить значну частку інформаційних заходів з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ/ЛГБТ.

Стисло прокоментуйте, які перешкоди вони створюють:

Обмеження доступу до АРТ, підвищення криміналізації в середовищі СІН, зниження ефективності профілактичних програм (зокрема, щодо обміну шприців), стигматизація споживачів наркотиків.

3.3. GARP Чи існує в країні політика, закон або положення, спрямовані на зниження насильства щодо жінок, у тому числі жертв зґвалтувань, або жінок, що живуть з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Стисло опишіть зміст політики, закону або положення, а також відповідні групи населення:

3.4. GARP Чи чітко зазначені питання пропаганди та захисту прав людини у будь-якій політиці або стратегії з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть, яким чином у цій політиці або стратегії з ВІЛ згадуються права людини:

Закон України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (нова редакція 2010 р.): питання пропаганди та захисту прав людини визначено у Розділі III «Права та соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ, та членів їх сімей»:

Стаття 13. Право людей, які живуть з ВІЛ, на інформацію. Захист інформації про позитивний ВІЛ-статус людини від розголошення та розкриття третім особам.

Стаття 14. Рівність перед законом та заборона дискримінації людей, які живуть з ВІЛ, та осіб, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

Стаття 15. Інші права людей, які живуть з ВІЛ.

Стаття 16. Захист права на працю та інших соціальних прав людей, які живуть з ВІЛ, їхніх рідних і близьких.

Стаття 17. Відшкодування шкоди, завданої здоров'ю особи в разі зараження ВІЛ-інфекцією.

Стаття 18. Права батьків ВІЛ-інфікованих дітей і дітей, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ.

Стаття 19. Державна допомога ВІЛ-інфікованим дітям і дітям, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ.

3.5. GARP Чи є механізм для обліку, документування та розгляду випадків дискримінації щодо людей, що живуть з ВІЛ, ключових груп населення, а також інших уразливих груп населення?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть цей механізм:

Експліцитної відповідальності за дискримінацію в Кримінальному кодексі України та Кодексі України про адміністративні правопорушення не існує, що є серйозною перешкодою для притягнення осіб чи інших суб'єктів, винних у дискримінаційних діях, до відповідальності.

При цьому відповідальність за дискримінаційні дії імпліцитно встановлена статтею 161 Кримінального кодексу України. Пункт 1 цієї статті зазначає серед підстав настання кримінальної відповідальності: «Пряме чи непряме обмеження прав або встановлення прямих чи непрямих привілеїв громадян за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками», проте фактів ефективного застосування цієї статті в судовій практиці України лічені одиниці через низку практичних труднощів.

Такий механізм передбачено системою кримінального та адміністративного права.

Документування та облік здійснюються епізодично неурядовими організаціями. Окремого обліку/документування з боку державних структур не ведеться.

На національному рівні реалізується низка проектів з документування випадків дискримінації та захисту осіб за конкретними випадками (наприклад, проекти ГО «Ліга Лега-лайф», «Наш мир»).

Видано посібник «Знай свої права», який містить розділ «Охорона здоров'я: правовий захист прав хворих на СНІД».

3.6. GARP Чи існує в країні політика або стратегія, спрямована на надання таких безкоштовних послуг: зазначте, чи надаються безкоштовно такі послуги усім особам, деяким особам або нікому. Обведіть кружечком «так» або «ні» залежно від вашої відповіді.

	Надаються безкоштовно усім особам, що проживають у країні		Надаються, але лише за плату	
	Так	Ні	Так	Ні
Антиретровірусне лікування	Так	Ні	Так	Ні
Послуги з профілактики ВІЛ ⁶⁹	Так	Ні	Так	Ні

⁶⁹ У т.ч. безпека крові, пропаганда презервативів, зниження шкоди споживачів ін'єкційних наркотиків, профілактика ВІЛ серед молоді, що не відвідує школу, профілактика ВІЛ на робочому місці, консультування та тестування на ВІЛ, ІОК з питань зниження рівня ризику, ІОК з питань зниження рівня стигми та дискримінації, профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини, профілактика ВІЛ серед людей, що живуть з ВІЛ, послуги з охорони репродуктивного здоров'я, включно з профілактикою інфекцій, що передаються статевим шляхом, і належне лікування, зниження рівня ризику для інтимних партнерів, що представляють ключові групи населення, зниження рівня ризику для чоловіків, що мають статеві контакти з чоловіками, зниження рівня ризику для жінок комерційного сексу, просвітницька робота серед молоді у школах з питань СНІД, універсальні запобіжні заходи при наданні медичної допомоги.

Догляд та підтримка у зв'язку з ВІЛ	Так	Ні	Так	Ні
-------------------------------------	-----	----	-----	----

Якщо можливо, зазначте, яким групам населення було надано перевагу, а також щодо яких послуг?

Пріоритет надано таким уразливим групам стосовно ВІЛ:

Послуги консультування і тестування – вагітні жінки (хоча доступ до безоплатних послуг є у всіх).

Послуги з профілактики ВІЛ – насамперед, СІН, потім ЖКС, ЧСЧ.

Надання АРТ – ЛЖВ, насамперед для дітей.

Догляд і підтримка у зв'язку з ВІЛ – ЛЖВ, насамперед для дітей.

3.7. GARP Чи існує в країні політика або стратегія, що забезпечує рівноправний доступ до профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ для чоловіків та жінок?

Так	Ні
-----	----

3.7.1. GARP Зокрема, чи є у країні політика або стратегія, що забезпечує рівноправний доступ до профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ для жінок незалежно від вагітності та народження дитини?

Так	Ні
-----	----

3.8. GARP Чи існує в країні політика або стратегія, що забезпечує рівноправний доступ до профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ для ключових груп населення або інших уразливих підгруп населення?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть зміст такої політики/стратегії, а також відповідні групи населення:

У нормативно-правових документах відсутні обмеження або переваги щодо доступу до послуг, це, зокрема, передбачено новою редакцією (від 23.12.2010 року) Закону України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Проте на практиці рівного доступу немає: обмежено доступ для ув'язнених, споживачів ін'єкційних наркотиків.

Національна стратегія на 2009–2013 рр. передбачає роботу з представниками груп підвищеного ризику, однак у ній враховано не всі ключові щодо ВІЛ групи населення (не згадується про жінок, які мають секс із жінками, та трансгендерів).

3.8.1. GARP Якщо «ТАК», чи містить ця політика/стратегія різноманітні підходи для забезпечення рівноправного доступу для різних ключових груп населення та інших уразливих підгруп населення?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло роз'ясніть різноманітні підходи для забезпечення рівноправного доступу для різних груп населення:

У Законі України від 12.12.1991 р. №1972-ХІІ «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» (нова редакція від 2010 року) статтею 4 визначено державні гарантії щодо забезпечення:

- запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, шляхом програм реабілітації таких осіб та програм зменшення шкоди; ці програми серед іншого, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голочок і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією (п. 8);

- вільного доступу до послуг з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від ВІЛ-інфікованих вагітних жінок їхнім новонародженим дітям (п. 11);

- реалізації послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, та людей, які живуть з ВІЛ (п. 13);

- соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ, членів їхніх сімей, а також надання людям, які живуть з ВІЛ, необхідної медичної допомоги та соціальних послуг (п. 15).

Національна стратегія на 2009–2013 рр. передбачає комплекс профілактичних, лікувальних та організаційних заходів, а також заходів з догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, зокрема:

- забезпечення вільного доступу до консультування та безоплатного тестування на ВІЛ-інфекцію населення, передусім молоді та представників груп ризику;
- посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків; осіб, які утримуються в установах виконання покарань; звільнених від відбування покарань; осіб, які займаються проституцією; мігрантів; безпритульних та бездомних громадян, передусім дітей, у тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах тощо);
- розширення доступу споживачів ін'єкційних наркотиків, передусім ВІЛ-інфікованих, до замісної підтримувальної терапії та реабілітаційних програм;
- забезпечення хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД антиретровірусною терапією;
- забезпечення лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД з опортуністичними та супутніми захворюваннями;
- організація паліативної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД;
- надання соціальних послуг, а також забезпечення соціально-психологічної підтримки та немедичного догляду за ВІЛ-інфікованими і хворими на СНІД;
- надання правової допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД.

3.9. GARP Чи існує в країні політика або закон, що забороняють скринінг на ВІЛ при найманні на роботу загалом (при прийнятті на роботу, переміщенні по службі, призначенні, підвищенні по службі, припиненні трудової угоди)?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть зміст такої політики або закону:

Стаття 6, п. 2 нової редакції профільного Закону України з ВІЛ/СНІД: «Тестування осіб віком від 14 років і старше проводиться добровільно».

Незважаючи на те, що тестування на ВІЛ є добровільним в Україні, на деякі види праці або у деякі службах скринінг на ВІЛ гласно або негласно проводиться (армія, міліція та ін.).

3.10. GARP Чи існують в країні такі механізми моніторингу прав людини та правозастосування:

a. Незалежні національні заклади для пропаганди та захисту прав людини, у т.ч. комісії з прав людини, комісії з реформування законодавства, наглядачі та омбудсмени, що займаються питаннями, пов'язаними з ВІЛ/СНІД, у рамках своєї роботи?

Так	Ні
-----	----

b. Показники або критерії для перевірки виконання стандартів з прав людини у контексті заходів у зв'язку з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК» щодо будь-якого з наведених вище питань, опишіть декілька прикладів:

Незважаючи на відповідь «НІ» в коментарях щодо запитання (а), експерти згадували існування судової системи в цілому, Омбудсмена та діяльність правозахисних організацій.

3.11. GARP Чи проводились за останні 2 роки заходи з навчання та/або посилення потенціалу:

a. Програми з просвітницької роботи та підвищення рівня поінформованості серед людей, що живуть з ВІЛ, та ключових груп населення щодо їх прав (у контексті ВІЛ)⁷⁰?

Так	Ні
-----	----

b. Програми для співробітників судової системи та правоохоронних органів⁷¹ з питань захисту прав людини у зв'язку з ВІЛ, що можуть виникати у контексті виконання ними своїх службових обов'язків?

⁷⁰ У т.ч. кампанії «Знайте свої права», спрямовані на надання особам, що постраждали від наслідків ВІЛ, можливості знати свої права та закони у контексті епідемії (див. UNAIDS Guidance Note: Addressing HIV-related law at National Level, Working Paper, 30 April 2008).

⁷¹ У т.ч. судді, представники магістрату, прокурори, поліція, комісари з прав людини, а також судді або уповноважені з питань працевлаштування.

Так	Ні
-----	----

3.12. GARP Чи існують в країні такі служби з надання правового захисту:

- a. Системи правового захисту у рамках вивчення матеріалів судових справ, пов'язаних з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

- b. Підтримка з боку приватних юридичних фірм та університетських центрів з метою надання людям, що живуть з ВІЛ, безкоштовних послуг або послуг за зниженими розцінками?

Так	Ні
-----	----

3.13. GARP Чи існують програми, спрямовані на зниження рівня стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», які програми?		
Програми для співробітників медичних закладів	Так	Ні
Програми для співробітників засобів масової інформації	Так	Ні
Програми профілактики ВІЛ на робочому місці	Так	Ні
Інше [впишіть]: Підвищення обізнаності з питань ВІЛ/СНІД у школах та дитячих садках з метою зниження стигми та дискримінації ВІЛ-позитивних дітей у системі дошкільного та шкільного виховання	Так	Ні

3.14. GARP Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) політику, законодавство та положення щодо пропаганди та захисту прав людини у зв'язку з ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?
<p>1. Прийняття нової редакції Закону з ВІЛ, який, зокрема, спрямовано на:</p> <ul style="list-style-type: none"> Правовий захист людей, які живуть з ВІЛ, та їх близьких (закладено не тільки в нову назву закону, але в цілий ряд статей); Протидію дискримінації ЛЖВ та представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ; Забезпечення права доступу до профілактики ВІЛ-інфікування, лікування, догляду та підтримки. <p>Однак експерти коментують і певну декларативність норм цього закону у зв'язку з відсутністю відповідних механізмів їх реалізації.</p> <p>2. Проведення дослідження рівня стигми по відношенню до ЛЖВ як частини глобальної ініціативи в різних сферах життя (трудова відносина, медичні послуги, сім'я і близьке оточення, сфера освіти, самостигматизація).</p> <p>3. Впровадження проектів із захисту прав представників уразливих груп за підтримки Європейської комісії.</p>
Які проблеми залишаються у цій галузі?
<ul style="list-style-type: none"> Відсутність системної роботи та її інституалізації Проблематична ситуація на місцях, порушення прав Високий рівень стигми в невеликих містах та селах Відсутність механізму виявлення випадків порушення прав та покарання медичних закладів у зв'язку з ненаданням належних медичних послуг ЛЖВ (діагностика та лікування, які повинні стовідсотково забезпечуватися державним коштом) Відсутність національного органу, який би відповідав за моніторинг цієї діяльності Корупція у державній системі закупівель Криміналізація наркозалежних Недоступність/переривання лікування ЗПТ та ТБ Адмінпереслідування за проституцію: на даний час у парламенті зареєстровано законопроект про

посилення відповідальності за проституцію і законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів (щодо захисту прав дітей на безпечний інформаційний простір)», який передбачає кримінальну відповідальність за «пропаганду гомосексуалізму»

3.15. GARP Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) зусилля, спрямовані на політику, законодавство та положення у сфері прав людини у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

Завдяки зусиллям громадянського суспільства вдалося добитися виділення додаткових бюджетних коштів для закупівлі АРТ-препаратів.

Прийняття нової редакції Закону з ВІЛ.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

Нечесність та корумпованість у судовій системі та правоохоронних органах, тортури в міліції.

Порушення прав учасників програм зменшення шкоди та замісної терапії, у т.ч. з боку медичного персоналу.

Розголошення інформації про ВІЛ-статус, захворюваність на ВІЛ, незаконний збір такої інформації державними органами.

Незважаючи на прийняття прогресивних законів у сфері ВІЛ, ситуація щодо дотримання прав погіршилася з 2010 року після зміни уряду.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ДО РОЗДІЛУ «ПРАВА ЛЮДИНИ»

Захист прав і свобод громадян України гарантується основним Законом України – Конституцією України. Стаття 6 Конституції гарантує рівність конституційних прав і свобод громадян та їх рівність перед законом, відсутність привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками.

В Україні відсутній спеціальний закон щодо протидії дискримінації, проте існує низка різних законів та інших нормативно-правових актів, які містять антидискримінаційні норми.

У 2010 році сталася одна з найбільш значущих подій у контексті захисту прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією, та їх найближчого оточення, і запровадження антидискримінаційної політики стосовно них. 23 грудня 2010 року було внесено зміни до основного закону, який регламентує права ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, – «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальних захист населення», у тому числі змінено його назву – «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ». Нова назва удосконаленого закону, а також цілий ряд його статей наголошують на необхідності не лише соціального, а й правового захисту людей, які живуть з ВІЛ, та їх близьких.

Серед найважливіших змін нової редакції Закону в контексті реалізації прав людини передбачено таке:

- скасування наявного в попередньому законі дискримінаційного та стигматизуючого положення про специфічні обов'язки людей, які живуть з ВІЛ, а саме «дипломатичні представництва та консульські установи України можуть видавати візи на в'їзд в Україну іноземцям та особам без громадянства, які прибувають в Україну на строк понад три місяці, за умови пред'явлення ними документа про відсутність у них ВІЛ-інфекції»;
- передбачено право людей, які живуть з ВІЛ, на участь у програмах допоміжних репродуктивних технологій за умови запобігання передачі ВІЛ від батьків майбутній дитині (ст. 10);
- докорінних змін зазнав розділ, присвячений правам та соціальному захисту людей, які живуть з ВІЛ, та членів їхніх сімей. Зокрема, передбачено регулювання захисту конфіденційності інформації про ВІЛ-статус особи; право людей, які живуть з ВІЛ, на забезпечення відповідними товарами та послугами, необхідними для лікування та профілактики ВІЛ; право на безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування ВІЛ-інфекції; захист трудових прав осіб, які живуть з ВІЛ, та ін.

Цим законом термін «дискримінація» трактується як дія або бездіяльність, що у прямий чи непрямий спосіб створює обмеження, позбавляє належних прав особу або принижує її людську гідність на підставі однієї чи кількох ознак, пов'язаних з фактичною чи можливою наявністю в неї ВІЛ, або дає підстави віднести особу до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (ст. 14, п. 3). Статтею 16 визначено заборону дискримінації ЛЖВ з боку надавачів медичних послуг, у сфері шкільної та дошкільної освіти. Включення питання толерантного ставлення до ЛЖВ до навчальних програм шкіл та курсів підвищення кваліфікації педагогічних працівників передбачено як нормами цього Закону, так і відомчими та міжвідомчими наказами центральних органів виконавчої влади.

Водночас практичне застосування антидискримінаційних норм законодавства має складнощі:

- низка законів потребує перегляду для приведення у відповідність із Законом України №1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки»;
- відсутні підзаконні акти, спрямовані на виконання нової редакції (від 23.12.2010 року) Закону України від 12.12.1991 р. № 1972-XII «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»;
- недостатній рівень правової культури та правової свідомості населення, недовіра до судової системи України.

Доступ представників ключових груп населення до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки утруднений через наявні нормативні бар'єри та практики:

- Відповідно до правил внутрішнього розпорядку установ пенітенціарної системи та норм кримінально-виконавчого кодексу, використання шприців заборонено, що робить неможливою реалізацію програм з обміну шприців на їх території. Також існує заборона на видачу на руки медичних препаратів, у тому числі АРВ-препаратів, що створює додаткові труднощі у формуванні та підтримці прихильності, ускладнює лікування і отримання послуг з догляду та підтримки.
- Нема законодавчої бази, яка регламентує продовження замісної терапії в установах МВС та пенітенціарної системи, що призводить до переривання лікування ще на етапі ізолятора тимчасового тримання.
- Недостатнє розширення програм ЗПТ спричинено;
- Застаріла та неповна нормативно-правова база, що регламентує порядок зберігання та знищення медичних відходів та вимоги обов'язкової дезінфекції використаних шприців, перешкоджає діяльності громадських організацій щодо збору використаних шприців. За 12 місяців збір шприців впав драматично: з 4 714 163 у 2010 році до 3 632 750 у 2011 році.
- Наказом МОЗ України від 29.07.2010 року № 634 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 01.08.2000 р. № 188 «Про затвердження Таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться в незаконному обігу» значно збільшено кількість опію ацетильованого, за незаконне зберігання якого настає кримінальна відповідальність в Україні. Внаслідок цього до 20 разів підвищився рівень криміналізації споживачів опіодів, удвічі знизилася кількість зданих на обмін використаних шприців, що, у свою чергу, призводить до зниження ефективності профілактичних програм для СН.

Отже, аналізуючи відповіді експертів, виходить, що з найбільшими складнощами доступу до послуг стикаються СН та ув'язнені.

Поруч із значними досягненнями у нормативно-законодавчій базі щодо захисту прав людей у зв'язку з ВІЛ, експерти звертають увагу на такі проблеми, які лишаються невирішеними:

- Високий рівень стигми в невеликих містах та селах
- Відсутність механізму виявлення випадків порушення прав та притягнення до відповідальності працівників медичних закладів у зв'язку з неналежним наданням медичних послуг ЛЖВ (діагностика та лікування, які повинні стовідсотково забезпечуватися державним коштом)
- Криміналізація наркозалежних
- Адмінпереслідування за проституцію: на даний час в Парламенті зареєстровано законопроект про посилення відповідальності за проституцію
- Ініціативи щодо запровадження кримінальної відповідальності «за пропаганду гомосексуалізму»: на даний час в Парламенті зареєстровано відповідний законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів (щодо захисту прав дітей на безпечний інформаційний простір)».

Державні організації не мають практики ведення обліку, документування та розгляду випадків дискримінації стосовно людей з ВІЛ та ключових груп населення. Така діяльність здійснюється неурядовими організаціями. Так, наприклад, на національному рівні реалізується низка проектів з документування випадків дискримінації та захисту осіб (проекти ГО «Ліга Лега-лайф», «Наш мир» та ін.).

Загалом експерти трохи вище, ніж у 2009 році, оцінили зусилля, спрямовані у 2011 році на практичне застосування існуючої політики, законодавства та положень; оцінка 2011 року аналогічна до оцінок у 2005 та 2007 роках (рис.2).

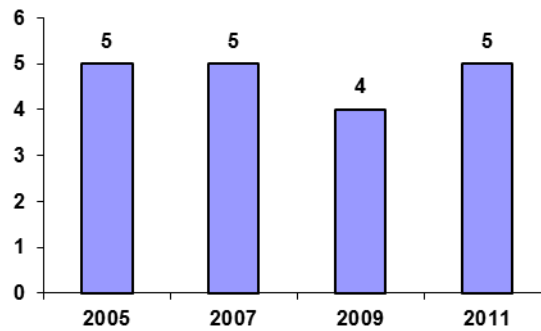


Рис. 2. Оцінка зусиль, спрямованих на практичне застосування існуючої політики, законодавства та положень, у 2005, 2007, 2009 та 2011 рр., за результатами опитування експертів.

Отже, незважаючи на прийняття прогресивних антидискримінаційних норм законодавства та розширення прав і свобод осіб, які живуть з ВІЛ, та їх найближчого оточення, практичне застосування цих політик залишається на недостатньому рівні. Деякі експерти зазначають про погіршення ситуації щодо дотримання прав людини після 2010 року.

Проблемними у цій сфері лишаються:

- корумпованість судової системи та правоохоронних органів;
- тортури в міліції;
- порушення прав учасників програм зменшення шкоди та замісної терапії, у т.ч. медичного персоналу;
- розголошення інформації про ВІЛ-статус, захворюваність на ВІЛ, незаконний збір такої інформації державними органами.

IV. ПРОФІЛАКТИКА

4.1. GARP Чи визначені у країні конкретні потреби у рамках програм з профілактики ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

4.1.1. GARP Якою мірою були реалізовані програми з профілактики ВІЛ?

Компонент профілактики ВІЛ	Більшість з тих, хто цього потребує, має доступ				
	Повністю не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь	Складно відповісти
Безпека крові	1	2	3	4	С/В
Пропаганда презервативів	1	2	3	4	С/В
Зниження шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків	1	2	3	4	С/В
Профілактика ВІЛ серед молоді, що не відвідує школу	1	2	3	4	С/В
Профілактика ВІЛ на робочому місці	1	2	3	4	С/В
Консультації та тестування на ВІЛ	1	2	3	4	С/В
ІОК з питань зниження рівня ризику	1	2	3	4	С/В
ІОК з питань зниження рівня стигми та дискримінації	1	2	3	4	С/В
Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	1	2	3	4	С/В
Профілактика ВІЛ серед людей, що живуть з ВІЛ	1	2	3	4	С/В
Послуги з охорони репродуктивного здоров'я, включно з профілактикою інфекцій, що передаються статевим шляхом, та відповідне лікування	1	2	3	4	С/В
Зниження рівня ризику інтимних партнерів, що представляють ключові групи населення	1	2	3	4	С/В
Зниження рівня ризику для чоловіків, що мають статеві контакти з чоловіками	1	2	3	4	С/В
Зниження рівня ризику для жінок комерційного сексу	1	2	3	4	С/В
Просвітницька робота з питань СНІД у школах серед молоді	1	2	3	4	С/В
Універсальні запобіжні заходи при наданні медичної допомоги	1	2	3	4	С/В
Інше [впишіть]:	1	2	3	4	С/В

4.2. GARP Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) зусилля з реалізації програм профілактики ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?

Профілактичні проекти включено в заявку 10 раунду Глобального Фонду.

Визначено мінімальні пакети послуг для СІН, РКС, ЧСЧ.

Завдяки реалізації програм зменшення шкоди, які передбачали мотивування представників груп ризику щодо тестування на ВІЛ, вдалося значно підвищити виявлення ВІЛ серед СІН, ЖКС, дітей вулиці.

Роки спільних зусиль у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції забезпечили Україні сталу тенденцію щодо стабілізації епідемічної ситуації та зниження показників інфікування серед всього населення. Офіційні дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України свідчать про те, що темпи поширення інфекції у національному масштабі знизились майже у 4 рази з початку реалізації Альянсом програм Глобального Фонду. Якщо у 2004 році кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфікування в країні збільшилась на 2482 порівняно з попереднім роком, то у 2011 році, приріст по всій країні склав лише 687 нових випадків. Ця тенденція стала можливою передусім завдяки впливу на епідемію серед найбільш уразливих до ВІЛ-інфекції груп населення, а саме: СІН, ЖКС та ЧСЧ.

Результати рутинного та дозорного епідемічних наглядів підтверджують значний вплив профілактичних програм на поширеність ВІЛ серед СІН. Абсолютна кількість вперше виявлених випадків ВІЛ інфекції серед СІН стабілізувалась у 2006 році і має тенденцію до зниження, починаючи з 2009 року. Відсоток ВІЛ-позитивних результатів серед СІН стабільно зменшується з 2006 року, коли цей показник склав 16,5%, до 11,3% у 2011 р. Найбільш характерним досягненням можна вважати призупинення росту епідемії серед нещодавніх СІН. Саме ця підгрупа є індикатором процесу захворюваності на ВІЛ. Результати останнього інтегрованого біоповедінкового дослідження свідчать про те, що показник поширення ВІЛ у підгрупі СІН зі стажем вживання наркотиків до 3-х років зменшився у понад 5 разів: з 29,9% у 2004 до 5,5% у 2011 році. Середньорічний показник захворюваності на ВІЛ у групі СІН коливається на рівні 2%.

Які проблеми залишаються у цій галузі?

- Відсутність урядових органів, на які покладено відповідальність за запровадження профілактичних програм у групах ризику.
- Відсутність координації між урядовим і громадянським сектором.
- Запровадження профілактичних програм через неурядовий сектор (громадські організації) за кошти донорських організацій, що свідчить про нежиттєздатність їх діяльності після припинення донорського фінансування.
- Держава декларує профілактику у системі шкільної освіти, проте така профілактика полягає, насамперед, у лекційній діяльності, ефективність якої вкрай недостатня. Роботи з групами ризику з боку державного сектору взагалі нема.
- Криміналізація наркоспоживання.
- Відсутність бюджетного фінансування та стабільності профілактичних програм.
- Відсутність професійної підготовки для соціальних представників з числа цільових груп.

ОПИСОВА ЧАСТИНА ДО РОЗДІЛУ «ПРОФІЛАКТИКА»

Конкретні потреби з профілактики ВІЛ визначено в Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки. Послуги з профілактики ВІЛ серед груп підвищеного ризику, насамперед серед СІН, ЖКС, ЧСЧ, засуджених, надаються неурядовими організаціями, переважно за рахунок грантів Глобального Фонду.

До основних досягнень у цій сфері експерти віднесли такі:

- профілактичні проекти включено в заявку 10 раунду Глобального Фонду за компонентом «СНІД»;
- прийнято стандарти надання соціальних послуг представникам уразливих груп населення, затверджені спільним наказом Міністерства молоді та спорту, Міністерства праці та МОЗ від 13.09.2010 № 123/275/770, в яких визначено мінімальні пакети послуг для СІН, РКС (ЖКС), ЧСЧ;
- завдяки реалізації програм зменшення шкоди, які передбачали мотивування представників груп ризику щодо тестування на ВІЛ, вдалося значно підвищити виявлення ВІЛ серед СІН, ЖКС, дітей вулиці;
- спостерігається стабілізація епідемічної ситуації щодо ВІЛ, зниження показників інфікування серед населення України. На думку експертів, цього вдалося досягти завдяки впливу на епідемію серед найбільш уразливих до ВІЛ груп населення – СІН, ЖКС та ЧСЧ;
- починаючи з 2009 року, спостерігається тенденція до зниження захворюваності на ВІЛ серед СІН, що підтверджується даними рутинного та епідемічного нагляду;
- призупинення росту епідемії серед нещодавніх СІН (зі стажем вживання до 3-х років).

На думку експертів громадянського суспільства, реалізація профілактичних програм упродовж звітного періоду дала змогу забезпечити доступ до таких компонентів профілактики, як безпека крові, зменшення шкоди для СІН, консультивання і тестування у зв'язку з ВІЛ, профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини, профілактика ВІЛ серед ЛЖВ, послуги з охорони репродуктивного здоров'я (у т.ч. ППСШ), зниження ризику передачі ВІЛ серед ЧСЧ та ЖКС.

Недостатньо доступними для населення лишаються такі компоненти профілактики, як пропаганда презервативів, профілактика ВІЛ серед молоді, яка не відвідує школу, профілактика ВІЛ на робочому місці,

інформаційно-освітні кампанії з питань зменшення ступеня ризику, з питань зниження стигми і дискримінації, зниження ризику для інтимних партнерів ключових груп населення, просвітницька робота з питань СНІД для молоді в школах, універсальні заходи запобігання ВІЛ при наданні медичної допомоги.

На відміну від результатів опитування експертів у 2009 році, цього року експерти назвали профілактичні заходи з пропаганди презервативів недоступними для більшості тих, хто має в цьому потребу. Разом з тим, назвали доступними (порівняно з 2009 роком) для більшості тих, хто їх потребує, профілактичні заходи з консультування і тестування на ВІЛ, зниження шкоди для СІН, зниження ризику для ЧСЧ, ЖКС, послуги з охорони репродуктивного здоров'я.

Перешкодами в реалізації профілактичних програм в Україні опитані називають:

- відсутність урядових органів, на які покладено відповідальність за впровадження профілактичних програм у групах ризику;
- відсутність належної координації між урядовим і громадянським сектором;
- нежиттєздатність профілактичних програм, які реалізуються НУО за кошти донорських організацій;
- декларативність та неефективність профілактичних програм у системі шкільної освіти;
- відсутність профілактичної роботи серед представників груп ризику з боку державних організацій;
- криміналізацію наркоспоживачів, що утруднює доступ до клієнтів;
- відсутність бюджетного фінансування та стабільності профілактичних програм;
- відсутність професійної підготовки для соціальних представників з числа цільових груп.

Цього року оцінка експертами зусиль з реалізації програм профілактики з ВІЛ отримала найвищу оцінку порівняно з іншими звітними періодами (рис. 3).

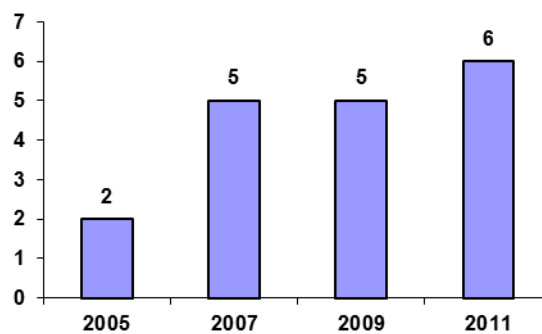


Рис. 3. Оцінка зусиль з реалізації програм профілактики ВІЛ в 2005, 2007, 2009 та 2011 рр., за результатами опитування експертів.

V. ЛКУВАННЯ, ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА

5.1. GARP Чи визначені у країні основні елементи комплексних послуг з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть ці елементи, а також розкажіть, які пріоритети були розставлені:

Упродовж звітнього періоду прийнято стандарти надання соціальних послуг представникам уразливих груп населення, затверджені спільним наказом Міністерства молодіспорту, Міністрації та МОЗ від 13.09.2010 № 123/275/770:

- Стандарт надання соціальних послуг з догляду і підтримки для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД;
- Стандарт надання соціальних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом;
- Стандарт надання соціальних послуг хворим на поєднані захворювання туберкульоз та ВІЛ-інфекцію;
- Стандарт надання соціальних послуг хворим з потрійним діагнозом (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, залежність від наркотичних речовин);
- Стандарт надання соціальних послуг особам, які отримують замісну підтримувальну терапію агоністами опіоїдів.

25.02.2010 року Державний департамент України з питань виконання покарань затвердив Методичні рекомендації з надання соціальних послуг з догляду та підтримки ЛЖВ, які перебувають в установах виконання покарань.

Розроблено та знаходяться на затвердженні:

- Стандарт надання соціальних послуг ВІЛ-інфікованим дітям-сиротам та дітям, позбавленим батьківського піклування;
- Стандарт з первинної профілактики туберкульозу, ризикової поведінки щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію та інші небезпечні та особливо небезпечні інфекційні хвороби, серед дітей та молоді груп ризику.

Основні пріоритети цих документів – ранній початок АРТ, формування і підтримка прихильності до АРТ та медичних послуг взагалі, допомога сім'ям з дітьми, ув'язненим (консультування, відновлення документів, продуктові набори, перенаправлення до медичних закладів).

Стандарти охоплюють найбільш уразливі до ВІЛ групи населення (люди з високим рівнем ризику інфікування статевим шляхом, ЛЖВ, пацієнти з діагнозом ВІЛ/ТБ, пацієнти з потрійним діагнозом ВІЛ/ТБ/СНІ, люди, які отримують замісну терапію); вони спрямовуються на забезпечення нерозривності профілактичних, медичних, соціальних, психологічних, юридичних, соціально-економічних та інформаційних послуг для уразливих груп населення.

При підготовці Заявки країни на фінансування в рамках 10 раунду Глобального Фонду розрахунок потреб здійснювався на підставі цих стандартів.

Лікування хворих на ВІЛ-інфекцію здійснюється відповідно до затверджених МОЗ клінічних протоколів. У 2010 році затверджено новий клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків (наказ МОЗ від 12.07.2010 р. № 551). Цей протокол дає чіткі рекомендації лікарям щодо визначення у пацієнтів клінічної стадії ВІЛ-інфекції, необхідного у кожному конкретному випадку обсягу обстеження та лікування із застосуванням різних комбінацій наявних сучасних антиретровірусних препаратів.

Один з експертів звернув увагу на те, що про стандарти соціальних послуг знають мало, а отже, вони мало реалізуються.

Стисло опишіть, як розширюються масштаби послуг з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ:

Розширено мережу закладів, які надають АРТ: тепер не тільки в центрах СНІД, а також і в протитуберкульозних диспансерах, центральних районних лікарнях.

Держава виконує взяті на себе зобов'язання та забезпечує лікуванням (15 000 осіб у 2010 році, понад 20 000 осіб у 2011 році). Розширення лікування відбувається нерівномірно і залежить від обсягу коштів, виділених з держбюджету.

Масштаби послуг лікування розширюються завдяки двократному збільшенню фінансування лікування з держбюджету, а також за рахунок коштів 10 раунду Глобального Фонду.

Станом на 01.01.2012 року в Україні АРТ отримує 27 542 осіб, з них:

22 216 осіб – за кошти державного бюджету;

4 504 особи – за кошти ГФ 6 раунду в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні».

822 особи – в закладах пенітенціарної системи за кошти ГФ 6 раунду

Проекти з догляду та підтримки наразі реалізуються виключно недержавними організаціями за рахунок місцевих донорів. У 2011 році 40 000 осіб охоплено послугами з догляду та підтримки.

Відповідно, і розширення послуг з догляду та підтримки відбувається за рахунок діяльності недержавних організацій. Медичні заклади все більше усвідомлюють велику користь від діяльності недержавних організацій та починають активно з ними співробітничати.

Серед державних організацій головними надавачами соціальних послуг в країні є соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді; територіальні центри соціального забезпечення, ради ветеранів, спеціалізовані соціальні центри допомоги населенню. Проте в їх роботі відсутні специфічні послуги, пов'язані з ВІЛ. Так, наприклад, бюджет Київської соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді з 2009 року зменшується, отже, про розширення надання послуг мова йти взагалі не може.

5.1.1. GARP Якою мірою були реалізовані такі послуги з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ?

Послуги з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ	Більшість з тих, хто цього потребує, має доступ				Складно відповісти
	Повністю не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь	
Антиретровірусна терапія	1	2	3	4	С/В
Антиретровірусна терапія для хворих на ТБ	1	2	3	4	С/В
Профілактика котримоксазолом серед людей, що живуть з ВІЛ	1	2	3	4	С/В
Рання діагностика ВІЛ у немовлят	1	2	3	4	С/В
Догляд та підтримка у зв'язку з ВІЛ на робочому місці (включно з альтернативними умовами праці)	1	2	3	4	С/В
Консультації та тестування на ВІЛ хворих на туберкульоз	1	2	3	4	С/В
Послуги з лікування при ВІЛ на робочому місці або система видачі направлення на лікування за місцем роботи	1	2	3	4	С/В
Дієтологічна допомога	1	2	3	4	С/В
Педіатричне лікування при СНІД	1	2	3	4	С/В
Післяпологова антиретровірусна терапія для жінок	1	2	3	4	С/В
Профілактика після контакту з ВІЛ не при виконанні службових обов'язків (наприклад, внаслідок згвалтування)	1	2	3	4	С/В
Профілактика після контакту з ВІЛ при виконанні службових обов'язків	1	2	3	4	С/В
Соціально-психологічна підтримка людей, що живуть з ВІЛ, та членів їх родин	1	2	3	4	С/В
Ведення хворих з інфекціями, що передаються статевим шляхом	1	2	3	4	С/В

Послуги з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ	Більшість з тих, хто цього потребує, має доступ				
	Повністю не погоджуюсь	Не погоджуюсь	Погоджуюсь	Повністю погоджуюсь	Складно відповісти
Контроль за інфекцією ТБ у закладах, де проводиться лікування та догляд у зв'язку з ВІЛ	1	2	3	4	С/В
Профілактична терапія серед людей, що живуть з ВІЛ, для попередження ТБ	1	2	3	4	С/В
Скринінг людей, що живуть з ВІЛ, на ТБ	1	2	3	4	С/В
Лікування найбільш розповсюджених інфекцій, пов'язаних з ВІЛ	1	2	3	4	С/В
Інше [впишіть]:	1	2	3	4	С/В

5.1.2. GARP Загалом, як би ви оцінили (за шкалою від 0 до 10, де 0 – Дуже погано, а 10 – Відмінно) зусилля з реалізації програм з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ у 2011 році?

Дуже погано										Відмінно
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Якими були основні досягнення у цій галузі після 2009 року?
<p>Збільшено охоплення пацієнтів послугами з лікування АРТ та ТБ. Вдалося досягти майже стовідсоткового охоплення лікуванням АРТ дітей. Підвищено доступність до лікування завдяки збільшенню удвічі кількості сайтів, які надають АРТ. Компонент з догляду і підтримки включено до пакету послуг для ЛЖВ. Підвищено доступність послуг з догляду та підтримки у регіонах. Незважаючи на досягнення щодо збільшення фінансування на закупівлю АРВ-препаратів коштом державного бюджету наприкінці 2011 року, упродовж року довелося стикнутися з низкою проблем, які вплинули на якість життя ЛЖВ. Невчасно проведені тендерні процедури із закупівлі АРВ-препаратів спричинили їх несвоєчасні поставки до регіонів, що призвело до перерв у лікуванні пацієнтів. Мали місце переривання послуг з тестування ІФА, в тому числі вагітних, діагностики СД4, відсутність молочних сумішей та АРВ-препаратів для новонароджених.</p>
Які проблеми залишаються у цій галузі?
<p>Окремі групи підвищеного ризику щодо ВІЛ (СІН, ПКС (ЖКС) та ув'язнені) продовжують залишатися поза програмами лікування. Залишаються актуальними проблеми доступності послуг з лікування у віддалених районах, малих містах та селах. Послуги з догляду та підтримки не є складовою послуг, які надаються державними інституціями. Мають місце перебої з терапією, відсутністю доступу до діагностики та лікування гепатитів, особливо в тюрмах. Недосконале законодавство щодо тендерних процедур.</p>

5.2. GARP Чи існує в країні політика або стратегія, спрямована на задоволення додаткових потреб дітей сиріт та інших уразливих дітей у зв'язку з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

5.2.1. GARP Якщо «ТАК», чи є у країні робоче визначення сиріт та уразливих дітей?

Так	Ні
-----	----

5.2.2. GARP Якщо «ТАК», чи існує в країні національний план дій, спрямований на сиріт та уразливих дітей?

Так	Ні
-----	----

5.2.3. GARP Якщо «ТАК», чи визначено в країні оціночна кількість сиріт та уразливих дітей, охоплених існуючими програмами?

Так	Ні
-----	----

5.2.4. GARP Якщо «ТАК», який відсоток сиріт та уразливих дітей охоплено?

%

ОПИСОВА ЧАСТИНА ДО РОЗДІЛУ «ЛІКУВАННЯ, ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА»

Конституція України гарантує безкоштовну медичну допомогу для всіх громадян країни. Національна стратегія з ВІЛ на 2009–2013 рр. передбачає здійснення комплексу лікувальних заходів, зокрема, забезпечення хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД антиретровірусною терапією відповідно до затверджених Міністерством охорони здоров'я України стандартів та клінічних протоколів. У 2010 році затверджено новий клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків (наказ МОЗ від 12.07.2010 р. № 551). Цей протокол дає чіткі рекомендації лікарям щодо встановлення у пацієнтів клінічної стадії ВІЛ-інфекції, необхідного в кожному конкретному випадку обсягу обстеження та лікування із застосуванням різних комбінацій наявних сучасних антиретровірусних препаратів.

Закупівля АРВ-препаратів здійснюється за кошти Державного бюджету та за кошти Глобального Фонду. Держава виконує взяті на себе зобов'язання та забезпечує лікуванням тих, хто його потребує (15 000 осіб у 2010 році, понад 20 000 осіб у 2011 році).

Станом на 01.01.2012 року в Україні АРТ отримують 27 542 осіб, з них:

22 216 осіб – за кошти державного бюджету;

4 504 особи – за кошти ГФ 6 раунду в рамках реалізації програми «Підтримка профілактики ВІЛ та СНІД, лікування та догляд для найуразливіших верств населення в Україні».

822 особи – в закладах пенітенціарної системи за кошти ГФ 6 раунду

Послуги з догляду та підтримки наразі реалізуються виключно недержавними організаціями за рахунок місцевих донорів. Відповідно, і розширення послуг з догляду та підтримки відбувається за рахунок діяльності недержавних організацій. У 2011 році 40 000 осіб охоплено послугами з догляду і підтримки. Серед державних організацій головними надавачами соціальних послуг в країні є соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді; територіальні центри соціального забезпечення, ради ветеранів, спеціалізовані соціальні центри допомоги населенню. Проте в їх роботі практично відсутні специфічні послуги, пов'язані з ВІЛ.

Упродовж звітного періоду прийнято стандарти надання соціальних послуг представникам уразливих груп населення, затверджені спільним наказом Мінсім'ямолодьспорту, Мінпраці та МОЗ від 13.09.2010 № 123/275/770. 25.02.2010 року Державний департамент України з питань виконання покарань затвердив Методичні рекомендації з надання соціальних послуг з догляду та підтримки ЛЖВ, які перебувають в установах виконання покарань. Основні пріоритети цих документів – ранній початок АРТ, формування і підтримка прихильності до АРТ та медичних послуг взагалі, допомога сім'ям з дітьми, ув'язненим (консультування, відновлення документів, продуктові набори, перенаправлення до медичних закладів).

Стандарти охоплюють найбільш уразливі до ВІЛ групи населення (люди з високим рівнем ризику інфікування статевим шляхом, ЛЖВ, пацієнти з діагнозом ВІЛ/ТБ, пацієнти з потрійним діагнозом ВІЛ/ТБ/СНІ, люди, які отримують замісну терапію); вони спрямовуються на забезпечення нерозривності профілактичних, медичних, соціальних, психологічних, юридичних, соціально-економічних та інформаційних послуг для уразливих груп населення.

Також розроблено та знаходяться на затвердженні Стандарт надання соціальних послуг ВІЛ-інфікованим дітям-сиротам та дітям, позбавленим батьківського піклування; Стандарт з первинної профілактики туберкульозу, ризикової поведінки щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію та інші небезпечні та особливо небезпечні інфекційні хвороби, серед дітей та молоді груп ризику.

У 2010 році прийнято Національний стратегічний план дій з профілактики ВІЛ серед дітей і молоді груп ризику та уразливих до ВІЛ, догляду й підтримки дітей та молоді, яких торкнулась проблема ВІЛ/СНІД (затверджений Національною радою з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД 25.05.2010 р.).

Основні досягнення у сфері покращення доступу до лікування, догляду та підтримки:

- Завдяки зусиллям громадянського сектору фінансування з держбюджету на лікування (АРТ) збільшено удвічі.
- За рахунок економії бюджетних коштів зменшено ціни на АРВ-препарати, проведено додаткові закупівлі ліків для ВІЛ-інфікованих.
- Передбачено розширення послуг лікування за рахунок коштів 10 раунду Глобального Фонду.
- Розширено мережу закладів, які надають АРТ: відкриті сайти надання АРТ в деяких протитуберкульозних диспансерах, центральних районних лікарнях. Кількість сайтів, які надають АРТ, збільшилася удвічі.
- Прийнято стандарти соціальних послуг.

- Покращено співпрацю між медичними закладами та НУО щодо надання послуг з лікування, догляду та підтримки.
- Збільшено охоплення пацієнтів послугами з лікування АРТ та ТБ.
- Компонент з догляду і підтримки включено до пакету послуг для ЛЖВ.

Незважаючи на підвищення рівня охоплення лікуванням в цілому, мали місце перебої в поставках АРВ-препаратів, тест-систем для ІФА, діагностиків для визначення кількості СД4-лімфоцитів, відсутність молочних сумішей для новонароджених через невчасне проведення тендерних процедур закупівлі.

Експерти звертають увагу на такі системні проблеми доступу до послуг з лікування, догляду та підтримки:

- окремі групи високого ризику щодо інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС та ув'язнені) продовжують залишатися поза програмами лікування;
- відсутність доступу до діагностики та лікування вірусних гепатитів, особливо в тюрмах;
- недосконале законодавство щодо тендерних процедур;
- залишаються актуальними проблеми пізнього виявлення ВІЛ та доступності послуг з лікування у віддалених районах, малих містах та селах;
- не всі ув'язнені мають доступ до послуг або отримують їх не в повному обсязі;
- послуги з догляду та підтримки не є складовою послуг, які надаються державними інституціями.

З проблемами доступу до послуг з лікування, догляду і підтримки стикаються ув'язнені; споживачі ін'єкційних наркотиків; жінки комерційного сексу; діти-сироти, які виховуються в державних закладах освіти; інваліди, які проживають у державних закладах соціального захисту; інваліди з обмеженими можливостями пересування; діти і підлітки, які живуть на вулиці; жертви насильства (незалежно від статі); малозабезпечені; люди без громадянства або просто без документів; нелегальні мігранти та підлітки.

Серед СІН і ЖКС мають місце як суб'єктивні бар'єри у доступі до послуг (недовіра до системи охорони здоров'я в цілому, страх бути поставленими на облік, неусвідомлення своєї належності до групи СІН/ЖКС), так і системні (незручний час роботи медичних установ, їх віддаленість від місць перебування або проживання, відсутність прописки, дефіцит ліків, при якому перевага віддається «благополучним» хворим).

Проблеми доступу серед мігрантів, особливо нелегальних, пов'язані з відсутністю прописки, мовними бар'єрами, а також через наявну в Україні систему обліку медикаментів.

Для ув'язнених доступ до послуг з лікування, догляду і підтримки утруднюється через закритість системи в цілому, відсутність статистично достовірних даних та достатньої кількості ліків, недовіру до системи надання допомоги.

Як і в попередньому звіті 2009 року, експерти відзначають, що упродовж звітного періоду більшість тих, хто потребував, мав доступ до педіатричного лікування ВІЛ та постконтактної профілактики. До переліку доступних компонентів лікування, догляду та підтримки цього року респонденти додали ще ранню діагностику ВІЛ серед немовлят; консультування і тестування на ВІЛ хворих на туберкульоз; соціально-психологічну підтримку ЛЖВ та членів їх сімей; контроль за інфекцією ТБ в установах, де проводиться лікування і догляд у зв'язку з ВІЛ; профілактичну терапію серед ВІЛ-інфікованих для запобігання ТБ; скринінг ВІЛ-інфікованих на ТБ; післяпологову АРТ для жінок.

Експерти продовжують вважати недоступною/ чи доступною не в повному обсязі антиретровірусну терапію, у т.ч. для хворих на ТБ; профілактику котримоксазолом серед ВІЛ-інфікованих; догляд та підтримку на робочому місці; послуги для лікування ЛЖВ на робочому місці; дієтологічну допомогу; профілактичну терапію для запобігання ТБ серед ЛЖВ; лікування найбільш поширених хвороб, пов'язаних з ВІЛ.

Зусилля з реалізації програм лікування, догляду та підтримки в зв'язку із ВІЛ отримали вищу оцінку у 2011 році (рис. 4).

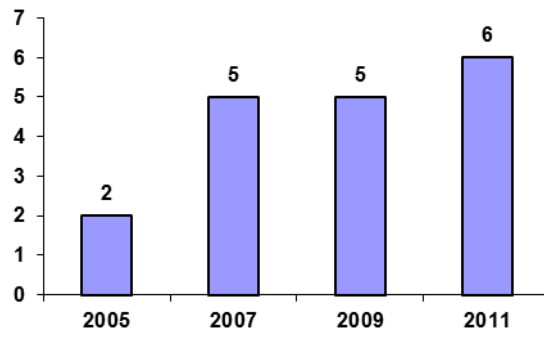


Рис. 4. Оцінка зусиль з реалізації програм лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ в 2005, 2007, 2009 та 2011 рр., за результатами опитування експертів.

ДОДАТОК 4. ЄВРОПЕЙСЬКЕ ДОПОВНЕННЯ ДО ЗКП

ЧАСТИНА А: УРЯД – ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОДАТОК ДО НАЦІОНАЛЬНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ТА ІНСТРУМЕНТУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ

ПОЛІТИЧНЕ КЕРІВНИЦТВО

У звіті за результатами останнього раунду моніторингу реалізації Дублінської декларації було запропоновано використовувати інший підхід до вимірювання міри політичного керівництва порівняно з традиційним акцентом на таких питаннях, як наявність чи відсутність національних стратегічних документів та органів, відповідальних за питання, пов'язані зі СНІД. У цьому звіті були перераховані критерії, які можуть допомогти дати більш адекватну оцінку політичного керівництва:

- Якою мірою в країні присутня актуальна та ефективна політика, включно з питаннями, пов'язаними з різними категоріями населення та/чи заходами, яким може не вистачати широкої політичної підтримки у суспільстві (наприклад, надання послуг зі зменшення шкоди в тюрмах, надання антиретровірусної терапії незареєстрованим мігрантам);
- Якою мірою фінансування профілактики ВІЛ є пріоритетним щодо тих категорій населення, які найбільше у відповідній країні постраждали від ВІЛ;
- Якою мірою основні програми реалізуються у відповідному масштабі, навіть якщо їм не вистачає широкої політичної підтримки;
- Якою мірою країни надають антиретровірусну терапію ключовим категоріям населення, яких торкнулася проблема ВІЛ, зокрема, споживачам ін'єкційних наркотиків; чоловікам, що мають секс з чоловіками; мігрантам та ув'язненим.

1. Чи реалізується в країні актуальна та ефективна політика, що демонструє необхідне політичне керівництво заходами у відповідь на ВІЛ?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло (100–200 слів) опишіть ключові заходи політики, що демонструють належне політичне керівництво?

Основні пріоритети державної політики визначені у Загальнодержавній програмі забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (далі – Програма) затверджена Верховною Радою України як закон на термін 2009–2013 роки. На виконання Загальнодержавної програми міністерствами розроблені відомчі програми (зокрема, Міністерство освіти та науки, молоді та спорту, Державна пенітенціарна служба), а також регіональні програми в кожній області України.

Державним замовником Програми є Міністерство охорони здоров'я (далі – МОЗ), яке здійснює загальну координацію та контроль за її виконанням.

Координація діяльності різних секторів та партнерів здійснюється через Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД.

2. Чи є фінансування профілактики щодо категорій населення, яких найбільшою мірою зачіпає ВІЛ, пріоритетом для країни?

Так Ні

Якщо «ТАК», розташуйте відвідні категорії в порядку пріоритетності:

1	ЛЖВ – забезпечення лікування
	Споживачі ін'єкційних наркотиків

	Чоловіки, що мають секс із чоловіками
	Мігранти
	Ув'язнені
	Жінки комерційного сексу

3. Чи здійснюються заходи, що забезпечують реалізацію актуальних та ефективних програм (наприклад, з профілактики, лікування, догляду та підтримки для ключових категорій, зокрема, споживачів ін'єкційних наркотиків, чоловіків, що мають секс із чоловіками, мігрантів та ув'язнених) у масштабі, необхідному для значної міри охоплення цих категорій, навіть незважаючи на те, що відповідні програми не користуються широкою політичною підтримкою?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло (100–200 слів) опишіть відповідні заходи. Наведіть приклади та/або дані на підтвердження того, що ці заходи мають позитивний ефект щодо охоплення.

Профілактика серед груп ризику реалізується за рахунок ресурсів проекту Глобального Фонду завдяки вагомому внеску неурядових організацій. Продовження цих профілактичних програм протягом наступних двох років (2012–2013) буде здійснюватися за рахунок гранту Глобального Фонду (10 раунд).

Протягом звітного періоду стабільно функціонують програми профілактики серед СІН по стратегіям зменшення шкоди, останніми роками спостерігається зменшення рівня інфікування серед СІН, в тому числі завдяки діяльності громадських організацій.

Суттєво збільшені масштаби впровадження замісної підтримувальної терапії з метою профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів наркотиків.

Але експерти відмічають, що програми профілактики серед СІН недостатньо враховують зміну шляху передачі ВІЛ-інфекції – від СІН до їх статевих партнерів. Низьке охоплення профілактичними програмами статевих партнерів СІН.

Перерахуйте програми, що користуються обмеженою політичною підтримкою, та поясніть чому.

4. Чи доступна антиретровірусна терапія для таких категорій населення?

Споживачі ін'єкційних наркотиків

Так Ні

Якщо «НІ», чому?

Мігранти (загалом)

Так Ні

Якщо «Ні», чому?

Неофіційні/незареєстровані мігранти (ця конкретна категорія)

Так Ні

Якщо «Ні», чому?

Ув'язнені

Так Ні

Якщо «Ні», чому?

РОЛЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

1. Якою мірою за останній рік здійснювались заходи з підвищення участі громадянського суспільства у заходах щодо відповіді на ВІЛ?

Від 1 до 5 (1 - найнижчий бал, 5 - найвищий бал)

① ② ③ ④ ⑤

Стисло опишіть (100–200 слів) приклади зусиль, спрямованих на підвищення участі громадянського суспільства?

Представники міжнародних та громадських організацій включені до складу та беруть активну участь у діяльності Національної та регіональних координаційних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД, всіх робочих груп, що створені при МОЗ та Держслужбі соцзахворювань України.

Для вивчення громадської думки, проведення широкого обговорення рішень та проектів нормативних документів при Державній службі з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та іншим соціально-небезпечним хворобам створена Громадська рада.

Прикладом міцної взаємодії є впровадження проекту Глобального Фонду (10 раунд) у співпраці трьох основних реципієнтів, які належать до різних секторів, а саме: державний сектор – Український центр профілактики та боротьби зі СНІД, недержавний сектор – Всеукраїнська Мережа ЛЖВ, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.

При Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД створена Комісія з нагляду за розробкою заявок, веденням переговорів та реалізацією програм, які здійснюються за рахунок коштів Глобального Фонду для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією. До складу Комісії входять представники міжнародних та неурядових організацій.

Експерти міжнародних та громадських організацій залучаються для проведення зовнішньої оцінки державних програм.

Налагоджена тісна співпраця державних структур та громадських організацій для здійснення

профілактичних програм та залучення грантових коштів.

2. Якою мірою громадянське суспільство має можливості доступу до адекватної фінансової підтримки для реалізації своєї діяльності щодо ВІЛ?

Від 1 до 5 (1 - найнижчий бал, 5 - найвищий бал)

① ② ③ ④ ⑤

3. Якою мірою громадянське суспільство має можливості доступу до адекватної технічної підтримки для реалізації своєї діяльності щодо ВІЛ?

Від 1 до 5 (1 - найнижчий бал, 5 - найвищий бал)

① ② ③ ④ ⑤

4. На якому рівні ключові групи ризику (наприклад, споживачі ін'єкційних наркотиків, чоловіки, що мають секс із чоловіками, мігранти, жінки комерційного сексу та/або ув'язнені) залучені до розробки державної політики та реалізації державних програм у сфері ВІЛ?

Від 1 до 5 (1 - найнижчий бал, 5 - найвищий бал)

① ② ③ ④ ⑤

5. Якою мірою громадянське суспільство зробило свій внесок у посилення політичних зобов'язань держави та в розробку національної політики?

Від 1 до 5 (1 - найнижчий бал, 5 - найвищий бал)

① ② ③ ④ ⑤

6. Якою мірою представники громадянського суспільства залучені до процесу планування та розробки бюджету для національних заходів у відповідь на ВІЛ?

Від 1 до 5 (1 - найнижчий бал, 5 - найвищий бал)

① ② ③ ④ ⑤

7. Чи необхідно посилити та/або розширити залучення громадянського суспільства до національних заходів у відповідь на ВІЛ?

Так Ні

Якщо «ТАК», то як можливо посилити та/або розширити залучення громадянського суспільства, і який це буде мати ефект для національних заходів у відповідь на ВІЛ?

Залучення громадянського суспільства до процесів формування та реалізації політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІД відбувається на високому рівні. Необхідно підтримувати існуючі ініціативи.

НАЦІОНАЛЬНІ АСИГНУВАННЯ НА ПРОФІЛАКТИКУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Цей розділ Європейського додатку має на меті оцінку фінансових зобов'язань країни щодо профілактики ВІЛ, включно з детальною інформацією з фінансування цільових заходів серед споживачів ін'єкційних наркотиків, чоловіків, що мають секс із чоловіками, жінки комерційного сексу, мігрантів та ув'язнених.

Примітка: Країни, що використовують Інструмент оцінки національних асигнувань щодо СНІД (NASA) для надання відповідних даних ЮНЭЙДС у рамках звітності з реалізації Глобальних заходів у відповідь на СНІД, можуть не надавати жодних додаткових даних. Наявні дані будуть використовуватись Європейським центром з профілактики

та контролю захворюваності в цілях моніторингу реалізації Дублінської декларації. Країнам, що не надають дані за допомогою NASA, необхідно заповнити цей розділ Європейського додатку.

Національному уряду необхідно надати наявні фінансові дані, що використовуються для відстеження асигнувань на профілактику та на цільові заходи щодо ключових категорій (наприклад, споживачів ін'єкційних наркотиків, чоловіків, що мають секс із чоловіками, мігрантів, ув'язнених). Бажано, щоб фінансові дані охоплювали повний завершений рік, якщо вони доступні.

Якщо дані щодо загальних витрат на профілактику розбиті на підкатегорії (програми обміну шприців, опіоїдна замісна терапія, соціальна реклама презервативів тощо), національному уряду рекомендується також надати таку інформацію.

Якщо фінансові дані розбиті за джерелами (національний уряд, регіональні органи влади, приватний сектор, громадянське суспільство), національному уряду рекомендується також надати таку інформацію.

1. Надайте короткий огляд даних щодо національних витрат на профілактику ВІЛ.

Обсяг національних витрат на заходи з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД щороку зростають. В 2009 році обсяг витрат становив 509,4 млн. грн., в 2010 – 578,3 млн. грн.

2. Чи надається додаткова інформація у додатку до цього документу?

Так Ні

Якщо «ТАК», як називається цей додаток?

Національна матриця витрат

3. Якщо Ви не надасте дані за цим індикатором, поясніть чому. Наприклад, дані за цим чи іншим питанням не збираються або вважаються неактуальними стосовно конкретної країни.

ЗАХОДИ У ВІДПОВІДЬ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ

1. Чи є принцип «лікування в цілях профілактики» частиною діяльності країни щодо профілактики ВІЛ?

Так Ні

Якщо «НІ», стисло роз'ясніть чому.

Якщо «ТАК», роз'ясніть, чи використовується у Вашій країні будь-який з перерахованих нижче підходів:

так	Дискордантні пари
	Передінфекційна профілактика
так	Постінфекційна профілактика

Надайте стислу характеристику (100–200 слів) будь-якій відповідній політиці, стратегії та/або програмі, пов'язаній з принципом «лікування в цілях профілактики».

В останні роки в умовах дефіциту державного бюджету держава віддає більший пріоритет лікуванню ЛЖВ. Станом на кінець 2011 року АРВ-препарати отримують близько 26 тис осіб.

Програми лікування, догляду та підтримки передбачають наступні компоненти:

- Діагностика ВІЛ-інфекції
- Диспансерний нагляд, проведення необхідних лабораторних обстежень
- Доступ до АРТ (безкоштовно для пацієнта)
- Доступ до діагностики та лікування опортуністичних інфекцій
- Соціально-психологічна підтримка
- Паліативна та хоспісна допомога
- Програми профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матери до дитини
- Надання інформації щодо життя з ВІЛ
- Доступ ЛЖВ до послуг з репродуктивного здоров'я

Значним досягненням в умовах економічної кризи є забезпечення фінансування з державного бюджету видатків на закупівлю антиретровірусних препаратів. На боротьбу з ВІЛ-інфекцією/СНІД у 2012 році у держбюджеті передбачено понад 305 млн. грн., що становить майже на 90 млн. гривень більше ніж у 2011 році.

За результатами останніх торгів по закупівлі антиретровірусних препаратів за рахунок бюджетних коштів ліки були придбані за цінами нижчими на 25%. Ця економія дасть змогу у 2012 році забезпечити необхідними медикаментами додатково понад 5 тисяч ВІЛ-інфікованих за рахунок державного бюджету. Крім того препарати будуть закуплені і в рамках реалізації 6 раунду Глобального Фонду. Таким чином, додатково понад 13 тис. пацієнтів будуть охоплені лікуванням. Всього в 2012 році планується забезпечити АРТ-лікуванням більше 40 тис. пацієнтів.

2. Чи здійснювалась урядом та/або громадянським суспільством якась оцінка проектів і програм профілактики у Вашій країні протягом останніх двох років?

Так Ні

Якщо «ТАК», ким здійснювалась така оцінка?

Уряд Громадянське суспільство І уряд, і громадянське суспільство

Якщо «ТАК», надайте стислу характеристику найважливіших та/або найбільш корисних результатів оцінки, здійсненої протягом останніх двох років. Якщо можливо, включіть інформацію з таких питань: 1) проект/програма, що пройшла оцінку (зокрема, цільові категорії населення, цілі проекту/програми, охоплення); 2) основні результати оцінки (як позитивні, так і негативні); та 3) як використовувались результати. Ви можете зробити додаток з додатковою інформацією до цього документу, якщо це необхідно для характеристики проведеної роботи.

3. Чи надається додаткова інформація у додатку до цього документу?

Так Ні

Якщо «ТАК», яку назву має відповідний додаток?

МІГРАНТИ

Зверніть увагу, що поняття «мігранти» у цьому індикаторі застосовується у широкому контексті. Наприклад, воно може включати іммігрантів, незареєстрованих мігрантів, транзитних осіб, етнічні меншини та/або інші категорії.

1. Чи вважаються мігранти важливою категорією для національних заходів у відповідь на ВІЛ?

Так Ні

Якщо «ТАК»:

А. Чи використовується урядом та громадянським суспільством поняття «мігрант» для визначення певної категорії осіб у національних заходах у відповідь на ВІЛ?

Так Ні

В. Чи використовуються інші визначення для цієї ж категорії осіб?

Так Ні

Якщо «ТАК», перерахуйте які.

С. Як визначається поняття «мігрант» у Вашій країні?

Іммігрант – іноземець чи особа без громадянства, який отримав дозвіл на імміграцію і прибув в Україну на постійне проживання, або, перебуваючи в Україні на законних підставах, отримав дозвіл на імміграцію і залишився в Україні на постійне проживання⁷².

«Трудящий-мігрант» означає громадянина Договірної Сторони, якому інша Договірна Сторона дозволила перебувати на її території для здійснення оплачуваної роботи⁷³.

Біженець – особа, яка не є громадянином України і внаслідок обґрунтованих побоювань стати жертвою переслідувань за ознаками раси, віросповідання, національності, громадянства (підданства), належності до певної соціальної групи або політичних переконань перебуває за межами країни своєї громадянської належності та не може користуватися захистом цієї країни або не бажає користуватися цим захистом внаслідок таких побоювань, або, не маючи громадянства (підданства) і перебуваючи за межами країни свого попереднього постійного проживання, не може чи не бажає повернутися до неї внаслідок зазначених побоювань⁷⁴.

Д. Чи існують дані про загальну кількість мігрантів у Вашій країні?

Так Ні

Якщо «ТАК», яка загальна кількість мігрантів?

Здійснюється статистичний облік зовнішніх міграційних процесів. Так у 2011 році приріст зовнішньої міграції становив 17096 осіб (всього прибуло 31674 особи, вибуло – 14588 осіб), приріст у 2010 – 16133 особи (всього прибуло 330810 осіб, вибуло – 14667 осіб).

Е. Чи збираються розукрупнені дані щодо мігрантів (наприклад, країна походження, специфічні питання охорони здоров'я)?

Так Ні

Якщо «ТАК», які саме дані збираються?

Якщо «НІ», чому не збираються розукрупнені дані?

⁷² Закон України «Про імміграцію»

⁷³ Європейська конвенція про правовий статус трудящих-мігрантів, ратифікована Законом України від 16 березня 2007 року N 755-V.

⁷⁴ Закон України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту».

2. Чи згадуються мігранти як окрема категорія у національному стратегічному документі щодо ВІЛ/СНІД у Вашій країні?

Так Ні

Якщо «ТАК», надайте стислу характеристику (100–200 слів) відповідного контексту.

«Мігранти» формально визначені як ключова уразлива група для профілактики ВІЛ-інфекції у Загальнодержавній програмі, але фактично не передбачено спеціальних заходів стосовно цієї групи.

Якщо «НІ», чому?

3. Чи є дані на підтвердження того, що у Вашій країні мігранти зазнали впливу ВІЛ непропорційно високою мірою?

Так Ні

Якщо «ТАК», надайте стислу характеристику відповідних даних?

4. Чи є дані на підтвердження того, що мігранти непропорційною мірою представлені у таких ключових категоріях?

Споживачі ін'єкційних наркотиків	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Чоловіки, що мають секс із чоловіками	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Ув'язнені	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Жінки комерційного сексу	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Інша категорія:	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>

5. З якими перешкодами стикаються мігранти при доступі до профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ у Вашій країні?

Стисло опишіть ці перешкоди

Не визначено

6. Яким чином правовий статус, закони та політика впливають на доступ мігрантів до профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ у Вашій країні?

Стисло опишіть відповідні аспекти

Мігранти мають доступ до медичних послуг на загальних підставах

7. Чи здійснюється моніторинг заходів у відповідь на ВІЛ серед мігрантів?

Так Ні

Якщо «ТАК», опишіть, яким чином здійснюється моніторинг.

8. Чи використовуються певні індикатори для проведення моніторингу здійснення заходів у відповідь на ВІЛ серед мігрантів у Вашій країні?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло опишіть, які самі індикатори використовуються та відповідні джерела даних.

Якщо «ТАК», якими є джерела даних для цих індикаторів?

9. Чи існують у Вашій країні цільові програми профілактики для мігрантів?

Так Ні

Якщо «ТАК», надайте стислий огляд відповідних програм.

10. Чи є у Вашій країні дані про те, скільки мігрантів роблять аналізи на ВІЛ?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло представте відповідні дані.

11. Чи є у Вашій країні дані про те, наскільки мігранти мають доступ до антиретровірусної терапії?

Так Ні

Якщо «ТАК», кратко представте відповідні дані.

12. Чи залучені спільноти мігрантів у Вашій країні до розробки політики/програм щодо заходів у відповідь?

Так Ні

13. Чи є у Вашій країні якісь програми, пов'язані з ВІЛ, для мігрантів, які вважаються особливо корисними та/або ефективними і які можна вважати передовим досвідом у цьому сенсі?

Так Ні

Якщо «ТАК», надайте стислу характеристику відповідної програми/програм. Ви можете також надати додаток з додатковою інформацією про програму.

14. Чи надається додаткова інформація у формі додатку?

Так Ні

Якщо «ТАК», яку назву має додаток?

СПОЖИВАЧІ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

Цей розділ призначено для збирання даних за двома важливими аспектами, пов'язаними із заходами у відповідь на ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків: охоплення основними послугами, пов'язаними з ВІЛ, та поведінка, пов'язана з обміном шприців. Зокрема, національний уряд може надати дані за такими актуальними темами:

- Частка споживачів ін'єкційних наркотиків, яких регулярно охоплюють програмами обміну шприців та голок;
- Кількість шприців, розповсюджених серед споживачів ін'єкційних наркотиків/отриманих ними;
- Частка СІН на замісній підтримувальній терапії;
- Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про спільне використання голок/шприців.

Наразі дані за цими актуальними питаннями збираються Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркоманії (EMCDDA) з використанням таких вимірювань:

- Кількість шприців, отриманих одним СІН протягом останніх 4 тижнів;
- Кількість шприців, розповсюджених із розрахунку на одного СІН протягом одного року;
- Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомляють про спільне використання голок протягом останніх 4 тижнів.

Більш детальну інформацію щодо вимірювань EMCDDA можна знайти за посиланням:

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drid>. З прикладами даних, що ґрунтуються на цих вимірюваннях, можна ознайомитись на вебсайті EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrtab5a> та <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/hsrfig1>.

Ці вимірювання також рекомендуються до використання на стор. 11–12 Технічного керівництва ВООЗ/Управління ООН зі злочинності та наркотиків/ЮНЕЙДС для країн щодо встановлення цільових показників відповідно всезагального доступу до профілактики, лікування та догляду у зв'язку з ВІЛ для споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН).

Важливо зазначити, що оновлений комплекс індикаторів ЮНЕЙДС з реалізації Глобальних заходів у відповідь на СНІД (Global AIDS Response Progress – GARP) замінює попередній індикатор охоплення, що стосується СІН, новим індикатором, який вимірює «кількість шприців, розповсюджених з розрахунку на одного СІН на рік у рамках програм з обміну шприців та голок». Цей індикатор подібний до згаданого вище індикатора EMCDDA: «Кількість шприців, розповсюджених з розрахунку на одного СІН протягом одного року».

Якщо у EMCDDA є дані за цим індикатором щодо Вашої країни та/або Ви представляли ці дані ЮНЕЙДС у рамках звітності з реалізації Глобальних заходів у відповідь на СНІД, Вам не потрібно повторно надавати відповідні дані для моніторингу реалізації Дублінської декларації. (Країни, чії представники взяли участь у семінарі з моніторингу і оцінки, проведеному за підтримки Європейського центру з профілактики та контролю захворюваності 25–27 січня 2012 року, отримують звіт про дані, наявні у EMCDDA щодо них).

1. Якщо у EMCDDA або ЮНЕЙДС немає даних щодо Вашої країни за такими індикаторами, надайте стислий огляд даних для Вашої країни за кожним з них:

- Частка споживачів ін'єкційних наркотиків, яких регулярно охоплюють програмами обміну шприців та голок;
- Кількість шприців, розповсюджених серед споживачів ін'єкційних наркотиків/отриманих ними;
- Частка СІН на замісній підтримувальній терапії;
- Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про спільне використання голок/шприців.

Національні уряди можуть представити будь-які існуючі дані, якщо вони стосуються питань охоплення програмами та поведінки СНІВ. У деяких випадках видається важливим також знати основну загальну інформацію про відповідні індикатори, включно з тими, що знаходяться у числівнику та знаменнику, якою є методологія збирання даних та інструментарій, розбивка за статтю та віком, де відбувалося збирання даних, в яких цілях і коли збиралися дані.

2. Чи надається додаткова інформація у додатку?

Так Ні

Якщо «ТАК», яку назву має додаток?

ЧОЛОВІКИ, ЩО МАЮТЬ СЕКС ІЗ ЧОЛОВІКАМИ

Цей розділ Європейського додатку призначений для збирання даних щодо охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції серед чоловіків, що мають секс із чоловіками (ЧСЧ).

Не дивлячись на те, що дані щодо охоплення цієї категорії збирались у попередніх раундах звітності Спеціальної сесії ГА ООН з ВІЛ/СНІД (UNGASS), з'явилися сумніви щодо цінності цих даних, особливо у Європейському регіоні. Існуючий індикатор є композитний за своєю природою, і в ньому вважається, що людина охоплена програмою профілактики, якщо вона за останній рік отримувала презервативи і знає, де проходити аналіз на ВІЛ. Багато експертів вважають цей підхід недостатнім. Але, не дивлячись на недоліки цього індикатора, до цього часу міжнародною спільнотою не було запропоновано або прийнято жодної переконливої альтернативи.

У 2010 році було проведено так зване Європейське інтернет-опитування серед ЧСЧ (також відоме під англійською аббревіатурою EMIS), в якому взяло участь більше 180 тис. респондентів із 38 країн світу⁷⁵. У цьому опитуванні були обрані такі підходи:

- ВІЛ-негативні ЧСЧ вважаються охопленими програмою профілактики ВІЛ, якщо вони були майже повністю або дуже впевненими у тому, щоб здавати аналіз на ВІЛ, при цьому за останні 12 місяців їм була доступна програма профілактики ВІЛ, спеціально призначена для ЧСЧ, і при цьому за останні 12 місяців у них не було жодного випадку незахищеного анального статевого контакту через відсутність презервативів;
- ВІЛ-позитивні ЧСЧ вважаються охопленими програмою профілактики ВІЛ, якщо вони проходили моніторинг своєї ВІЛ-інфекції протягом останніх 6 місяців, при цьому за останні 12 місяців їм була доступна програма з профілактики ВІЛ, спеціально призначена для ЧСЧ, і при цьому за останні 12 місяців у них не було жодного випадку незахищеного анального статевого контакту через відсутність презервативів.

Щодо країн, за якими доступні дані опитування EMIS⁷⁶, Європейський центр профілактики та контролю захворюваності пропонує використовувати ці дані для «Дублінської звітності 2012»⁷⁷.

1. Чи погоджуєтесь Ви з Європейським центром профілактики та контролю захворюваності у тому, щоб використовувати дані опитування EMIS щодо охоплення програмами профілактики чоловіків, що мають секс із чоловіками, у Вашій країні у Дублінському звіті 2012?

Так Ні

Якщо «НІ», поясніть чому.

⁷⁵ Більш детальну інформацію про EMIS та доступ до копій звітів можна знайти за посиланням: <http://www.emis-project.eu>.

⁷⁶ Австрія, Білорусь, Бельгія, Боснія і Герцеговина, Болгарія, Хорватія, Кіпр, Чехія, Данія, Естонія, Фінляндія, Македонія, Франція, Німеччина, Греція, Угорщина, Ірландія, Італія, Латвія, Литва, Люксембург, Мальта, Молдова, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Румунія, Російська Федерація, Сербія, Словаччина, Словенія, Швеція, Швейцарія, Туреччина, Україна та Велика Британія.

⁷⁷ Якщо Вам потрібна більш детальна інформація щодо даних за Вашою країною, які будуть використовуватись Європейським центром профілактики та контролю захворюваності для моніторингу реалізації Дублінської декларації, зв'яжіться електронною поштою з Теймуром Ноорі (Teymur Noori), представником Центру: Teymur.Noori@ecdc.europa.eu.

2. Чи є у Вас додаткові дані щодо охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції у Вашій країні чоловіків, що мають секс із чоловіками?

Так Ні

Якщо «ТАК», викладіть відповідні дані з необхідними поясненнями (100–200 слів).

3. Чи надається додаткова інформація у додатку?

Так Ні

Якщо «ТАК», яку назву має додаток?

Показник 1.11 Національного звіту

МІСЦЯ ПОЗБАВЛЕННЯ ВОЛІ

1. Чи є доступними безкоштовні презервативи у місцях позбавлення волі у Вашій країні?

Так Ні

Якщо «ТАК», вони доступні: у деяких з них у більшості у всіх

2. Чи є доступною у місцях позбавлення волі у Вашій країні опіоїдна замісна терапія?

Так Ні

Якщо «ТАК», вона доступна: у деяких з них у більшості у всіх

Якщо «ТАК», чи можуть ув'язнені почати опіоїдну замісну терапію у відповідному місці позбавлення волі?

Так Ні

3. Чи є доступними у місцях позбавлення волі у Вашій країні програми обміну голочок та шприців?

Так Ні

Якщо «ТАК», вони доступні: у деяких з них у більшості у всіх

4. Чи проводиться у місцях позбавлення волі у Вашій країні обов'язкове тестування на ВІЛ?

Так Ні

Якщо «ТАК», воно проводиться: у деяких з них у більшості у всіх

5. Чи проводиться у місцях позбавлення волі у Вашій країні тестування на гепатит С?

Так Ні

Якщо «ТАК», чи є доступним лікування для тих, хто має позитивний результат тесту на гепатит С?

Так Ні

Якщо «ТАК», зазначте, якими є варіанти лікування, як і де вони реалізуються (100–200 слів).

ЛІКУВАННЯ, ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА

1. Чи є у Вашій країні політика, закони та/або нормативно-правові акти, що рекомендують застосування антиретровірусної терапії для людей, що живуть з ВІЛ?

Так Ні

Якщо «ТАК», яка саме політика, документ тощо, була схвалена, та стисло опишіть (100–200 слів) причини, через які відповідний документ/політика були ухвалені.

Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, протоколи лікування, затверджені наказами МОЗ.

Якщо «НІ», поясніть, яким чином ухвалюються рішення (тобто які критерії використовуються), аби визначити, чи має право на антиретровірусну терапію людина, що живе з ВІЛ?

Відповідно до протоколів лікування⁷⁸ на підставі даних лабораторного обстеження та відповідності критеріїв протоколу. Протоколи регулярно переглядаються та оновлюються.

2. Чи існують уразливі та/або маргіналізовані категорії, які стикаються з особливими труднощами при доступі до послуг з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло викладіть основні характеристики категорій, які зазнають особливих складнощів при доступі до послуг з лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ.

Існують певні труднощі забезпечення доступу всіх ВІЛ-позитивних СІН, які потребують АРТ, по причині недостатньої прихильності. Для мінімізації цих проблем застосовується замісна терапія та здійснюється супровід відповідно до вимог стандарту⁷⁹.

СТИГМА ТА ДИСКРИМІНАЦІЯ

1. Чи є механізм для реєстрації, документування та вирішення проблем дискримінації, з якими стикаються люди, що живуть з ВІЛ, основні категорії, що зазнали впливу ВІЛ, або інші уразливі категорії?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло опишіть цей механізм (100–200 слів).

2. Чи є у Вашій країні політика або закон, що забороняє скринінг на ВІЛ під час працевлаштування?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло розкажіть про цю політику або закон.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та

⁷⁸ Наказ МОЗ України від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».

⁷⁹ Наказ від 19.08.2008 № 476 Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків.

правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» не містить прямої заборони скринінгу, але фактично гарантує право людини на доступ до якісного консультування та тестування на ВІЛ, в тому числі анонімного.

3. Чи діють у Вашій країні програми зі зниження стигми та дискримінації щодо людей, пов'язаних з ВІЛ?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло опишіть ці програми.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» забороняє дискримінацію людини на підставі наявності в неї ВІЛ-інфекції, а також належності людини до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Дискримінацією вважається дія або бездіяльність, що у прямий чи непрямий спосіб створює обмеження, позбавляє належних прав особу або принижує її людську гідність на підставі однієї чи кількох ознак, пов'язаних з фактичною чи можливою наявністю в неї ВІЛ, або дає підстави віднести особу до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ.

ОБ'ЄДНАНА ЗВІТНІСТЬ

У цьому раунді моніторингу реалізації Дублінської декларації процес збирання даних був об'єднаний зі звітністю у рамках реалізації Глобальних заходів у відповідь на ВІЛ (раніше – звітність для Спеціальної сесії ГА ООН з ВІЛ/СНІД (UNGASS)).

1. Чи є це об'єднання покращенням процесу звітності порівняно з попереднім підходом?

Так Ні

Якщо «ТАК», стисло роз'ясніть, чим краще новий підхід (100–200 слів).

Без коментарів

Якщо «НІ», стисло роз'ясніть, чому ні, а також запропонуйте шляхи покращення.

2. Дайте оцінку обсягу зусиль, що його доклала Ваша країна стосовно звітності у попередніх раундах звітів за Дублінською декларацією та за звітами Спеціальної сесії ГА ООН з ВІЛ/СНІД.

(0 – найменший обсяг зусиль; 10 – найбільший обсяг зусиль)

① ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

3. Дайте оцінку обсягу зусиль, що його доклала Ваша країна стосовно звітності у рамках нинішнього раунду об'єднаної звітності.

(0 – найменший обсяг зусиль; 10 – найбільший обсяг зусиль)

① ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ осіб, безпосередньо відповідальних за заповнення цієї анкети.

Ключова контактна особа:

Ім'я: Олена

Прізвище: Нечосіна

Посада: консультант

Основна адреса електронної пошти: nechosina@gmail.com

Основний номер телефону: +380 67 504 94 85

Додаткова контактна особа:

Ім'я: Ігор

Прізвище: Пиголенко

Посада: фахівець з розвитку національної системи МІО та досліджень ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»

Основна адреса електронної пошти: pigolenko@gmail.com

Основний номер телефону: +380 66 204 06 01

ДОДАТОК 5. ЄВРОПЕЙСЬКЕ ДОПОВНЕННЯ ДО ЗКП

ЧАСТИНА В: ГРОМАДЯНСЬКЕ СУСПІЛЬСТВО – ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОДАТОК ДО НАЦІОНАЛЬНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ ТА ІНСТРУМЕНТУ РЕАЛІЗАЦІЇ ПОЛІТИКИ

ПОЛІТИЧНЕ ЛІДЕРСТВО

У звіті за результатами останнього раунду моніторингу виконання Дублінської декларації було запропоновано обрати інший підхід до вимірювання рівня політичного лідерства на противагу традиційному фокусуванню на таких питаннях, як наявність чи відсутність національних стратегічних документів та органів, відповідальних за діяльність, пов'язану зі СНІД. Звіт визначив критерії, які допоможуть адекватніше оцінити політичне лідерство:

- Якою мірою в країні впроваджуються актуальні та ефективні політики, включно з тими політиками щодо груп населення та/чи заходами, яким може не вистачати широкої політичної підтримки (наприклад, надання послуг зі зменшення шкоди в місцях позбавлення волі, надання АРВ-терапії незареєстрованим мігрантам);
- Якою мірою фінансування профілактики ВІЛ є пріоритетним щодо тих груп населення, які найбільше у відповідній країні постраждали від ВІЛ;
- Якою мірою найнеобхідніші програми діють у відповідному масштабі, навіть якщо їм не вистачає широкої політичної підтримки;
- Якою мірою країни надають АРТ ключовим групам населення, зокрема, споживачам ін'єкційних наркотиків; чоловікам, що мають секс із чоловіками; мігрантам та ув'язненим.

1. Чи існують в країні актуальні й ефективні політики, що демонструють політичне лідерство у сфері протидії ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», просимо Вас описати стисло (100–200 слів) ключові політики, які демонструють таке політичне лідерство.

2. Чи існують у Вашій країні якісь пріоритети у розподілі фінансування, яке спрямовується на профілактику ВІЛ, щодо населення, які найбільше постраждали від епідемії?

Так	Ні
-----	----

Якщо ТАК, вкажіть групи населення в порядку пріоритетності:

- Споживачі ін'єкційних наркотиків
- Чоловіки, що мають секс із чоловіками
- Мігранти
- Ув'язнені
- Працівники комерційного сексу
- Інша група: _____

3. Чи здійснюються у Вашій країні заходи, які гарантували б виконання актуальних та ефективних програм (наприклад, з профілактики, лікування, догляду та підтримки для ключових груп населення, таких як споживачі ін'єкційних наркотиків; чоловіки, що мають секс із чоловіками; мігранти та ув'язнені) у масштабах, необхідних для забезпечення значного охоплення, навіть якщо цим програмам бракує широкої політичної підтримки?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», опишіть стисло (100–200 слів) ці заходи. Надайте докази та/чи наведіть приклади того, що ці заходи позитивно впливають на охоплення програм.

Профілактичні програми. В рамках реалізації проектів ГФ через неурядовий сектор фінансуються профілактичні програми для СІН (в тому числі програм зменшення шкоди), ЖКС, ЧСЧ, ув'язнених.

Охоплення клієнтів такими програмами збільшується, і спостерігаються ознаки уповільнення темпів епідемії в групі СІН.

Показники діяльності станом на 31 грудня 2011 року було перевиконано. За друге півріччя 2011 року було охоплено значну кількість нових клієнтів – представників уразливих груп – 23 671 СІН, 4 865 ОСБ, 5 161 ЧСЧ, 7 926 засуджених та 6 090 дітей вулиці.

З 1 липня по 31 грудня 2011 року кількість проведених ДКТ на ВІЛ склала 42 624, кількість проведених скринінгових тестів на ІПСШ – 78 417. За цей період було здійснено 26 363 візити до мобільних клінік, розповсюджено 7 696 919 презервативів. Нижче наведено показники діяльності станом на 31 грудня 2011 року.

Показники діяльності	Ціль	Виконано
Охоплення СІН*	-	157 011
Охоплення ОСБ*	-	28 224
Охоплення ЧСЧ*	-	19 130
Охоплення засуджених*	-	25 497
Кумулятивне охоплення дітей вулиці	-	54 387
Кумулятивна кількість проведених ДКТ на ВІЛ	320 000	405 389
Кумулятивна кількість проведених скринінгових тестів на ІПСШ	320 000	480 151
Кумулятивна кількість візитів до мобільних клінік	130 000	162 589
Кумулятивна кількість розповсюджених презервативів	54 817 500	67 544 311
Кількість клієнтів, що отримують ЗПТ	-	6 632

*Показники охоплення протягом останніх 12 місяців станом на 31.12.2011.

За 2011 рік послугами профілактики було охоплено значну частину представників уразливих груп: 157 011 СНІВ (54 % від оціночної кількості); 28 224 ОСБ (40 % від оціночної кількості); 19 130 ЧСЧ (20% від оціночної кількості); 25 497 засуджених (18% від загальної кількості засуджених). На кінець звітного періоду профілактичними заходами Програми було охоплено 54 387 дітей, які залишилися без батьківського піклування.

Вкажіть будь-які програми, що мають обмежену політичну підтримку, зазначте чому.

1. Обмежену політичну підтримку мають програми замісної терапії. Експерти відмічають вплив політики сусідньої держави щодо ЗПТ – Росії.
2. Програми обміну шприців у тюрмах.
3. Профілактичні програми серед ЖКС та ЧСЧ через відсутність відповідального державного органу влади.
4. Обмежене фінансування профілактичних програм для засуджених призводить до недостатнього охоплення. У 2011 році охоплення засуджених профілактичними послугами становило 25 000 осіб, водночас як запланований показник Загальнодержавної програми з ВІЛ/СНІД на 2011 рік «Частка охоплених профілактичними заходами засуджених та осіб, узятих під варту (%)» становив 40%, тобто приблизно 60 тис. осіб.
5. Обмежена політична підтримка програм догляду та підтримки в пенітенціарній системі.
6. Програми у сфері протидії ко-інфекції ВІЛ/ТБ.

4. Чи доступна антиретровірусна терапія для таких груп населення:

Споживачі ін'єкційних наркотиків

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

Якщо «НІ», вкажіть чому.

Чоловіки, що мають секс із чоловіками

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

Якщо «НІ», вкажіть чому.

Мігранти (загалом)

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

Якщо «НІ», вкажіть чому.

АРТ доступна лише для офіційно зареєстрованих мігрантів, проте існує велика кількість бюрократичних перешкод. Це призводить до відкладення процедури початку АРТ для мігрантів або взагалі робить її неможливою.

Незареєстровані мігранти (зокрема)

<input type="checkbox"/> Так	<input checked="" type="checkbox"/> Ні
------------------------------	--

Якщо «НІ», вкажіть чому.

Принцип фінансування медичних закладів в Україні дає змогу надавати медичні послуги тільки офіційно зареєстрованим на її території громадянам України. В Україні немає механізму надання послуг АРТ незареєстрованим мігрантам.

Ув'язнені

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

Якщо «НІ», вкажіть чому.

АРТ надається в закладах пенітенціарної системи виключно в рамках реалізації програм Глобального Фонду. Потреби в терапії серед ув'язнених значно більші, ніж можливості Департаменту з питань виконання покарань їх забезпечити. Рівень поширеності ВІЛ серед ув'язнених в деяких колоніях сягає 30%, що значно переважає поширеність ВІЛ серед представників інших уразливих груп населення. Мають місце проблеми з діагностикою та лікуванням супутніх захворювань.

Загалом пенітенціарна система сьогодні ще не готова до адекватного впровадження програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІД.

Ситуація з діагностикою ВІЛ в закладах пенітенціарної системи краща, проте надання відповідного лікування проблематичне.

Роль громадянського суспільства

1. Чи існує у Вашій країні організація чи механізм, який стимулював би наявну взаємодію між урядом, людьми, що живуть з ВІЛ, громадянським суспільством та приватним сектором з метою реалізації стратегій та програм, пов'язаних з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

2. Який відсоток минулорічних національних витрат на сферу ВІЛ/СНІД припадає на діяльність, яку здійснювало громадянське суспільство?

0%.
Відповідно до Національної стратегії на 2009–2013 рр., кошти з державного бюджету виділяються на закупівлю тест-систем, медикаментів і лабораторного обладнання для діагностики. З муніципальних бюджетів закуповуються деякі товари медичного призначення, а також покриваються зарплати медичних працівників та комунальні витрати центрів СНІД. На програми, які здійснюються громадянським суспільством, з державного бюджету кошти не виділяються.
На даний час в Україні розроблено механізм соціального замовлення, який здійснюється через розробку та реалізацію соціальних проектів у сфері ВІЛ/СНІД за рахунок бюджетних та інших коштів шляхом укладання соціальних контрактів (прикладі запровадження механізму соціального замовлення – Одеська та Миколаївська області).

3. Чи потрібно посилити та/чи розширити залучення громадянського суспільства до національної протидії ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», опишіть стисло, яким чином його можна посилити чи розширити та як такі зміни можуть вплинути на справу національної протидії ВІЛ?

Посилити та розширити залучення громадянського суспільства до національної протидії ВІЛ можна такими шляхами:
<ul style="list-style-type: none">- сприяти підвищенню визнання досвіду та знань представників громадянського суспільства в питаннях планування національної відповіді на ВІЛ/СНІД;- забезпечити доступ громадськості до формування державної політики та інформації щодо стратегічних питань;- забезпечити участь громадськості у роботі ключових робочих груп з формування державних закупівель антиретровірусних препаратів (цей процес вже розпочався у 2012 році завдяки зусиллям «Дорадчої ради спільнот з доступу до лікування в Україні» (UCAB));- забезпечити моніторинг виконання національної стратегії з ВІЛ/СНІД на 2009–2013 рр.- забезпечити розробку чергової національної стратегії з ВІЛ/СНІД на 2013–2017 рр.. із залученням широкого кола громадськості;

- долучити до формування національного бюджету з ВІЛ представників громадськості;
- забезпечити участь громадськості у роботі ключових робочих груп з формування та виділення бюджетних коштів, контролю якості препаратів (робочі групи при Державній комісії з питань етики в Україні, Державному експертному центрі, Державній службі лікарських засобів);
- залучити до складу Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД представників усіх уразливих груп, що дасть змогу більш аргументовано відстоювати інтереси цих груп і сприятиме формуванню та реалізації зваженої й орієнтованої на клієнтів політики у сфері протидії ВІЛ;
- включити представників ЛЖВ та інших уразливих груп до складу місцевих рад з ТБ/ВІЛ. Зараз їх участь помітна у прес-конференціях, круглих столах та робочих зустрічах. Проте необхідно надати їм можливість лобювати інтереси представників уразливих груп, впливати на рішення рад з ТБ/ВІЛ та активізувати владу в контексті боротьби з епідемією.

Державою постійно здійснюються заходи в напрямку забезпечення участі громадськості щодо національної протидії ВІЛ, проте поки що їх обсяг недостатній.

Відповідь на епідемію в аспекті профілактики

1. Чи існує в країні політика або стратегія сприяння проведенню превентивних заходів у галузі охорони здоров'я для ключових уразливих груп?

Так	Ні
-----	----

2. Чи для кожної з таких груп – споживачів ін'єкційних наркотиків; чоловіків, що мають секс із чоловіками; працівників комерційного сексу; мігрантів з країн з високою поширеністю ВІЛ; а також ув'язнених – політика/стратегія включає зазначені нижче складові?

Пропагування користування презервативами	Так	Ні
Замісна терапія	Так	Ні
Тестування на ВІЛ та консультування	Так	Ні
Обмін шприців та голочок	Так	Ні
Репродуктивне здоров'я, включно з профілактикою та лікуванням ПІСШ	Так	Ні
Зменшення рівня стигми та дискримінації	Так	Ні

3. Чого саме вдалося досягнути в цій сфері завдяки такій політиці/стратегії за останні два роки?

<p>Завдяки реалізації заходів Національної стратегії з ВІЛ/СНІД, удосконаленню законодавства у сфері ВІЛ, передусім – прийняття у 2010 році нової редакції закону про СНІД, що включає ключові питання реалізації профілактичних заходів, зокрема, програми обміну шприців, замісної терапії, розробці низки положень щодо удосконалення тестування і консультування для уразливих груп, Україні вдалося досягти певних позитивних тенденцій у протидії епідемії. А саме:</p> <ul style="list-style-type: none">- зменшення темпів приросту ВІЛ;- зменшення рівня передачі ВІЛ від матері до дитини;- збільшення охоплення цільових груп послугами лікування, догляду та підтримки. <p>Лауреатами міжнародної премії «Червона стрічка» у 2010 році стали 2 українські громадські організації – ГО «Пенітенціарна ініціатива» (за ефективну модель надання комплексних послуг ув'язненим, які живуть з ВІЛ, в 6 тюрмах з недофінансуванням в Україні) та ГО «Клуб «Світанок»» (м. Донецьк) – перша організація в Україні, створена ВІЛ-позитивними та наркозалежними людьми, діяльністю якої вони керують. Цей прецедент став катализатором у створенні інших організацій для цієї категорії населення в Україні.</p> <p>Водночас, експерти зазначають і недоліки: надзвичайно низький профілактичний компонент у діяльності медичних закладів, зусилля яких спрямовані на реалізацію «реанімаційної терапії» – тобто діяти тоді, коли пацієнтів потрібно вже рятувати. Серед профілактичних заходів у медичних закладах згадується лише профілактика туберкульозу шляхом проведення флюорографії.</p>

4. Які ще проблемні питання потрібно вирішити у цій сфері з погляду політики/стратегії?

<ul style="list-style-type: none">- Низка нормативно-правових актів, які перешкоджають застосуванню політик (наказ МОЗ про мінімальні залишкові дози наркотичних речовин чи накази МОЗ про розподіл метадону).- Інертність чиновників для впровадження ефективних профілактичних програм у в'язницях.- Відсутня чітка політика держави в пропаганді презервативів.
--

- Відсутність спрямованої роботи з мігрантами.
- Відсутність законодавчих норм, що передбачають реалізацію діяльності з обміну шприців та замісної терапії в тюрмах.
- У Національній стратегії представлено неповний перелік уразливих груп.
- Криміналізація наркозалежних.
- Відсутність фінансування з державного бюджету діяльності НУО, які реалізують проекти профілактики.

5. Більшість людей, які потребують допомоги, серед них і ключові уразливі групи (а саме: споживачі ін'єкційних наркотиків; чоловіки, що мають секс із чоловіками; працівники комерційного сексу; мігранти з країн з високою поширеністю ВІЛ; а також ув'язнені), мають у країні доступ до таких послуг:

Зменшення шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків	Так	Ні
Тестування на ВІЛ та консультування	Так	Ні
Профілактика для людей, що живуть з ВІЛ	Так	Ні
Зменшення ризику для чоловіків, що мають секс із чоловіками	Так	Ні
Зменшення ризику для працівників комерційного сексу	Так	Ні
Зменшення ризику для мігрантів з країн з високою поширеністю ВІЛ	Так	Ні
Зменшення ризику для ув'язнених	Так	Ні

6. Чи є лікування з метою профілактики частиною діяльності з профілактики ВІЛ у Вашій країні?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Ні», стисло поясніть чому.

Незважаючи на обрану відповідь «ТАК», експерти вказують на відсутність чіткої державної політики щодо цього питання. МОЗ фінансує закупівлю тест-систем та АРВ-препаратів, що можна певним чином трактувати як запровадження принципу «лікування як профілактика».

Один з експертів зазначив, що ВААРТ призначають переважно на 4-й стадії захворювання, що, скоріше, свідчить не про профілактику, а про застосування підходу «подовження життя».

Якщо «ТАК», зазначте, чи якийсь із вказаних нижче підходів використовується у вашій країні:

дискордантні пари	Так
передконтактна профілактика	Так
постконтактна профілактика	Так

Надайте резюме (100–200 слів) будь-якої відповідної політики, стратегії та/чи програми, яка стосується «лікування з метою профілактики».

Дискордантні пари. Пілотний проект на базі Закарпатського центру профілактики та боротьби зі СНІД «Забезпечення доступу дискордантних щодо ВІЛ-інфекції пар до послуг із реалізації репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих в Україні у 2010–2011 роках» за технічної підтримки ВБО «Мережа людей, що живуть з ВІЛ» впроваджувався за кошти Гранту Глобального фонду боротьби зі СНІД,

туберкульозом та малярією. За два роки (2010–2012 рр.) проект охопив 11 регіонів України: міста АР Крим, Харківської, Миколаївської, Львівської, Луганської, Одеської, Рівненської, Полтавської, Донецької, областей, Криворізький регіон, а також м. Київ. Отримати медичне обстеження, пройти первинне консультування з питань планування сім'ї та прийняти остаточне рішення щодо зачаття дитини мали змогу 70 дискордантних до ВІЛ-інфекції пар.

У Законі України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», який набрав чинності у січні 2012 року, вперше визначено можливість доступу інфікованих громадян до допоміжних репродуктивних технологій, але лише за умови запобігання передачі ВІЛ-інфекції від батьків майбутній дитині (Ст.10, п.2).

Чи потрібно щось про передконтактну профілактику?.....

Постконтактна профілактика проводиться в Україні з 2004 року. Існують стандарти надання допомоги при контакті як на робочому місці, так і при непрофесійних контактах (наприклад, згвалтування). Міністерство охорони здоров'я забезпечує безкоштовне проведення постконтактної профілактики для тих, хто її потребує, шляхом централізованої закупівлі АРВ-препаратів для цих потреб.

Держава гарантує вільний доступ до послуг з проведення постконтактної профілактики осіб, які мали підвищений ризик контакту з ВІЛ під час виконання професійних обов'язків, у разі сексуального насильства та в інших випадках, з наданням відповідних консультативних послуг у порядку, що затверджується спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я (стаття 4 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

7. Чи проводили уряд і/або представники громадянського суспільства які-небудь оцінювання проектів та програм з профілактики у Вашій країні впродовж минулих двох років?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», хто проводив ці оцінювання?

Уряд	Так
Громадянське суспільство	Так
І уряд, і громадянське суспільство	Так

Якщо «ТАК», підсумуйте коротко найважливіші та/чи найкорисніші результати оцінювання профілактичних програм, що проводилося за минулі два роки. Якщо можливо, включіть основну інформацію щодо: 1) проекту/програми, що оцінювалася (тобто вкажіть цільову групу, мету проекту/програми, охоплення); 2) основні отримані результати оцінювання (як позитивні, так і негативні); 3) як було використано ці результати. Ви також можете надати документ із додатковою інформацією, якщо це, на Ваш погляд, необхідно для кращого розуміння виконаної роботи.

1. У 2011 році МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» підсумував діяльність 5-річного Проекту USAID SUNRISE (Проекту посилення протидії ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг і інформації (SUNRISE) у публікації «Досягнення змін через інновації, партнерство та надання комплексних послуг». Реалізація Проекту дала змогу розширити масштаби втручання і досягти 60% охоплення в 9 регіонах України, найбільш постраждалих від епідемії. Завдяки цьому темпи зростання кількості випадків ВІЛ-інфекції в цих регіонах істотно знизилися – з 27,4% у 2004 році до 1,2% у 2010 році, що справді уповільнило темпи поширення епідемії.

http://www.aidsalliance.org.ua/ru/news/pdf/sunrised/sunrise_ukr_for_web.pdf

2. Біоповедінкові дослідження серед СІН «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед СІН як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», які проводилися в Україні упродовж 2007, 2008/2009 та 2011 рр. Дані досліджень демонстрували зниження поширеності ВІЛ серед СІН зі стажем споживання менше 3-х років. Незважаючи на те, що отримані результати прямо не свідчили про ефективність профілактичних програм серед СІН, але при обговоренні результатів такі гіпотези звучали.

8. Чи надається додаткова інформація окремим документом?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», як називається цей додаток?

Мігранти

Зважте на те, що термін «мігранти» для цього індикатора використовується в широкому значенні. Наприклад, він може включати іммігрантів, незареєстрованих іммігрантів, мобільні групи населення, осіб, що переміщуються в пошуках роботи, етнічні меншини та/чи інші відповідні групи населення.

1. Чи вважаються мігранти важливою групою для національної протидії поширенню ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК»:

a. Чи уряд та представники громадянського суспільства використовують термін «мігранти» для позначення певної групи населення в національній протидії поширенню ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

b. Чи використовуються інші терміни для позначення цієї ж групи населення?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», вкажіть інший (-і) термін (-и).

--

c. Як поняття «мігрант» визначається у Вашій країні?

Розрізняють стаціонарних та тимчасових, переважно трудових мігрантів:

1. Особа, яка проживає не в тій місцевості/країні, де вона народилася.
2. Особа, яка працює не в тій місцевості/країні, де вона постійно проживає.

d. Чи є дані щодо загальної кількості мігрантів у Вашій країні?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», якою є загальна чисельність мігрантів?

Перепис населення 2001 р. показав, що в Україні проживали 5,3 млн. осіб, які народилися поза її територією, переважно в інших республіках СРСР, що було наслідком тривалого існування єдиної держави. Переважна більшість з них в'їхали в Україну до 1991 р. Проте 1,2 млн. – іммігранти уже в незалежну Україну, передовсім це репатріанти, у т.ч. колишні депортовані і репресовані, які повернулися на історичну батьківщину.

Чисельність трудових мігрантів за кордон оцінюється на базі опитувань. Найбільш масштабне з них, проведене Держкомстатом у 2005 р., показало, що виїзди на роботу за кордон практикують 1,5 млн. осіб, або понад 5% працездатного населення.

Інформації про внутрішню міграцію нема. Проте вона значна, особливо маятникова міграція сільського населення в регіонах великих міських та промислових центрів, а також і на більші відстані, переважно до столиці.

e. Чи збираються дезагреговані дані про мігрантів (наприклад, країна походження, стан здоров'я)?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», які саме дезагреговані дані збираються?

Щодо стаціонарної, тобто переселенської, міграції збираються різноманітні дані: вік, стать, громадянство, країна походження тощо.

Щодо трудової міграції – це дані різноманітних опитувань.

Якщо «НІ», поясніть чому дезагреговані дані не збираються?

--

2. Чи в національному стратегічному плані протидії ВІЛ/СНІД згадано про мігрантів як про окрему групу?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», передайте стисло (100–200 слів), про що саме там йдеться.

В Загальнодержавній програмі слово «мігранти» згадується один раз в описовій частині, і тільки в контексті загального переліку груп ризику:

«Основні завдання програми:

*... профілактичними заходами є ... посилення профілактичних заходів серед представників груп ризику (споживачів ін'єкційних наркотиків; осіб, які утримуються в установах виконання покарань; звільнених від відбування покарань; осіб, які займаються проституцією; **мігрантів**; безпритульних та бездомних громадян, передусім дітей, у тому числі із сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, тощо)».*

Послуги з профілактики, лікування, догляду та підтримки для мігрантів не фінансуються ні за рахунок державного бюджету, ні за рахунок грантів Глобального Фонду в Загальнодержавній програмі.

Якщо «НІ», вкажіть чому.

Під час розробки Національного плану дій на 2009–2013 рр. (Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки) не було даних, які б свідчили про належність мігрантів в Україні до групи підвищеного ризику щодо ВІЛ.

З метою визначення рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед українських трудових мігрантів, а також впливу їхньої сексуальної поведінки на ВІЛ-статус у 2010–2011 рр. в Україні вперше було проведено біоповедінкове дослідження серед українських заробітчанин «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед українських трудових мігрантів як компонент епідеміологічного дослідження за ВІЛ другого покоління».

За результатами дослідження поширеність ВІЛ-інфекції серед українських громадян, які мають досвід працевлаштування за кордоном, склала 2,6%. Досить висока поширеність ВІЛ серед трудових мігрантів сформувалася за рахунок осіб, які відносяться до груп високого ризику інфікування, – споживачів ін'єкційних наркотиків, осіб, які надають сексуальні послуги за плату, та осіб, які мають досвід відбування покарання в місцях позбавлення волі. Це дає підстави стверджувати, що вважати трудових мігрантів групою-містком, тобто групою, яка сприяє поширенню ВІЛ-інфекції/СНІД, некоректно.

Досліджень щодо інших груп мігрантів у контексті протидії ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні не проводилося.

3. Чи існують дані на підтвердження того, що у Вашій країні мігранти особливо непропорційно уразливі до ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», надайте підтвердження у стислій формі.

4. Чи існують свідчення того, що мігранти непропорційно представлені в будь-якій з поданих нижче груп?

Споживачі ін'єкційних наркотиків	Так	Ні
Чоловіки, що мають секс із чоловіками	Так	Ні
Ув'язнені	Так	Ні
Працівники секс-бізнесу	Так	Ні
Інша група: _____	Так	Ні

5. З якими перешкодами, пов'язаними із доступом до ВІЛ-орієнтованих послуг з профілактики, лікування та догляду, доводиться мати справу мігрантам у Вашій країні?

Стисло опишіть, які перешкоди існують.

Такі перешкоди можуть виникати у середовищі нелегальних мігрантів та біженців, оскільки доступ цих категорій до медичних послуг утруднений внаслідок низки причин: мовний бар'єр, правовий статус, незнання своїх прав і можливостей, нестача коштів, дискримінація з боку окремих медпрацівників тощо. Проте чисельність біженців в Україні становить лише 2,4 тис. осіб, щодо нелегальних мігрантів – минулого року на кордоні було затримано менше 1 тис. осіб. Половина з них – громадяни пострадянських держав, які користуються правом безвізового в'їзду і так само легко можуть залишити територію України після невдалої спроби нелегально потрапити на Захід. Чисельність нелегальних мігрантів з країн так званого «міграційного ризику» завдяки наполегливій тривалій роботі з налагодження прикордонного і імміграційного контролю незначна.

6. Як юридичний статус, закони та політики впливають на доступ мігрантів до ВІЛ-орієнтованих послуг з профілактики, лікування та догляду у Вашій країні?

Коротко підсумуйте ці питання.

В Україні фактично відсутня належна політика інтеграції мігрантів в українське суспільство, що може перешкоджати належному доступу іноземців до необхідних послуг.

7. Чи проводиться у Вашій країні моніторинг доступу у протидії поширенню ВІЛ серед мігрантів?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть, як саме здійснюється такий моніторинг.

1. 2002, 2005 рр. – поведінкові дослідження серед груп-містків (в т.ч. серед мігрантів), проведені на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».
2. 2010–2011 рр. – «Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед українських трудових мігрантів, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» – біоповедінкове дослідження серед українських заробітчан, проведене на замовлення МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» (результати дослідження ще узагальнюються).

8. Чи використовуються якісь індикатори під час моніторингу поступу у протидії поширенню ВІЛ серед мігрантів у Вашій країні?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», зробіть короткий огляд індикаторів та вкажіть відповідні джерела даних для них.

Якщо «ТАК», зазначте джерела даних для цих індикаторів.

9. Чи існують у Вашій країні цільові програми з профілактики для мігрантів?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», надайте короткий опис цих програм.

10. Чи є у Вашій країні дані щодо розуміння в середовищі мігрантів необхідності проходити тестування на ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», надайте короткий огляд цих даних.

11. Чи має Ваша країна дані щодо доступу мігрантів до АРТ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», надайте короткий огляд даних.

--

12. Чи залучені спільноти мігрантів до розробки політики/програм з протидії ВІЛ у Вашій країні?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть ступінь їхнього залучення.

--

13. Чи діють у Вашій країні якісь програми для мігрантів, що стосуються ВІЛ і вважаються особливо корисними та/чи ефективними і які можна розглядати як зразок передової практики?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть цю(ці) програму(-и). Ви також можете надати додаток з описом програми(програм).

--

14. Чи докладате Ви додаток до звіту?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», вкажіть назву додатка.

--

Місця позбавлення волі

1. Чи доступні у Вашій країні безкоштовні презервативи в місцях позбавлення волі?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», чи вони доступні:

у деяких закладах	Так
у більшості закладів	Так
у всіх закладах	Так

2. Чи доступна у Вашій країні опіоїдна замісна терапія в місцях позбавлення волі?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», чи вона доступна:

у деяких закладах	Так
у більшості закладів	Так
у всіх закладах	Так

Якщо «ТАК», то чи можуть ув'язнені розпочати опіоїдну замісну терапію у відповідному місці позбавлення волі?

Так	Ні
-----	----

3. Чи доступні у Вашій країні в місцях позбавлення волі програми обміну голочок та шприців?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», чи вони доступні:

у деяких закладах	Так
у більшості закладів	Так

у всіх закладах	Так
-----------------	-----

4. Чи проводиться у Вашій країні в місцях позбавлення волі обов'язкове тестування на ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», чи його проводять:

у деяких закладах	Так
у більшості закладів	Так
у всіх закладах	Так

5. Чи проводять у Вашій країні в місцях позбавлення волі тестування на гепатит С?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», чи доступне лікування для тих ув'язнених, чий тест виявився позитивним?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть (100–200 слів) можливі варіанти лікування, включно з тим, як і де вони реалізуються.

--

Лікування, догляд та підтримка

1. Чи існують у Вашій країні політики, закони та/чи нормативно-правові акти, що рекомендують надавати АРТ людям, які живуть з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», вкажіть, коли таку політику чи інші документи було прийнято, та стисло опишіть (100–200 слів), чому їх було прийнято.

Конституція України гарантує безкоштовну медичну допомогу для всіх громадян країни.

Національна стратегія з ВІЛ на 2009–2013 рр. передбачає здійснення комплексу лікувальних заходів, зокрема, забезпечення хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД антиретровірусною терапією відповідно до затверджених Міністерством охорони здоров'я України стандартів та клінічних протоколів.

МОЗ розробляє, затверджує та систематично переглядає клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. У 2010 році затверджено новий клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків (наказ МОЗ від 12.07.2010 р. № 551). Цей протокол дає чіткі рекомендації лікарям щодо визначення у пацієнтів клінічної стадії ВІЛ-інфекції, необхідного у кожному конкретному випадку обсягу обстеження та лікування із застосуванням різних комбінацій наявних сучасних антиретровірусних препаратів. У 2010 році включено рекомендацію щодо обов'язкового початку лікування при зниженні СД4 нижче 350.

Якщо «НІ», поясніть, як приймаються рішення (наприклад, які критерії використовуються) для визначення того, чи людина, яка живе з ВІЛ, має право на АРТ.

--

2. Чи є у Вашій країні уразливі групи, які стикаються з особливими труднощами, пов'язаними з доступом до ВІЛ-орієнтованих послуг з лікування, догляду та підтримки?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», дайте стислу відповідь, які групи стикаються з особливими труднощами, пов'язаними з доступом до ВІЛ-орієнтованих послуг з лікування, догляду та підтримки.

- Ув'язнені
- СІН
- Діти-сироти, які виховуються в державних закладах освіти
- Інваліди, які проживають у державних закладах соціального захисту
- Інваліди з обмеженими можливостями пересування
- Діти і підлітки, які живуть на вулиці
- Жертви насильства (незалежно від статі)
- Малозабезпечені
- Люди без громадянства або просто без документів, нелегальні мігранти
- Підлітки

Споживачі ін'єкційних наркотиків та працівники секс-бізнесу стикаються з труднощами у доступі до ВІЛ-орієнтованих послуг з лікування, догляду та підтримки через суб'єктивні бар'єри (недовіру системі охорони здоров'я в цілому, страх бути поставленими на облік, неусвідомлення своєї належності до групи СІН/ЖКС) та системні бар'єри (незручний час роботи медичних установ, їх віддаленість від місць перебування або проживання, відсутність прописки, дефіцит ліків, при якому перевага віддається «благополучним» хворим):

- Мігранти, особливо нелегальні, – через відсутність прописки, мовні бар'єри і т.д., а також наявну системи обліку медикаментів.
- Ув'язнені – через закритість системи в цілому, відсутність статистично достовірних даних, недовіру до системи надання допомоги в цілому, відсутність достатньої кількості ліків. Не усі ув'язнені мають доступ до послуг, не всі отримують послуги у повній мірі.

Для малих міст та сіл характерні проблеми пізнього виявлення та необхідності їздити в обласні центри для отримання лікування.

Комбіноване звітування

Для цього раунду моніторингу виконання рішень Дублінської декларації процес збору даних було поєднано зі звітуванням щодо Поступу у Глобальній протидії СНІД (раніше відомим як звітування про виконання рішень Декларації ССГАООН).

1. Чи можна вважати такий комбінований підхід покращенням процесу звітування порівняно з попередніми підходами?

Так	Ні
-----	----

Якщо «ТАК», стисло опишіть (100–200 слів), чому новий підхід є кращим.

Комбінований підхід дає змогу гармонізувати звітування країни, уникнути суперечностей у висвітленні позиції громадянського суспільства в певних питаннях, розкрити і доповнити деякі компоненти.

Якщо «НІ», стисло поясніть чому, а також вкажіть, яким чином ситуацію можна було б змінити на краще.

Недоліком такого звітування є занадто великий обсяг затребуваної інформації. Виникають значні складнощі у процесі її збору, що іноді зумовлює формальні або суб'єктивні відповіді експертів, які не підтверджуються фактичними даними, і це впливає на якість отриманої інформації.

Крім того, зміст запитань не завжди однаково трактується респондентами, що ускладнює узагальнення відповідей на них.

На деякі запитання експертам важко відповісти «ТАК» або «НІ».

Іноді експерти в коментарях зазначають свої сумніви щодо вірності наданої ними відповіді.

2. Оцініть зусилля, які Ваша країна доклала в попередніх раундах звітування щодо виконання Дублінської декларації та Декларації ССГАООН.

(0 позначає найменшу кількість зусиль; 10 – найбільшу)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Оцініть зусилля, які Ваша країна доклала в цьому раунді комбінованого звітування.

(0 позначає найменшу кількість зусиль; 10 – найбільшу)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ осіб, безпосередньо відповідальних за заповнення цієї анкети.

Ім'я: Марина

Прізвище: Ніколко

Посада: консультант

Основна адреса електронної пошти: m.nikolko@uscpr.kiev.ua

Основний номер телефону: +380 50 692 47 47

Додаткова контактна особа:

Ім'я: Ігор

Прізвище: Пиголенко

Посада: фахівець з розвитку національної системи МІО та досліджень ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»

Основна адреса електронної пошти: rigolenko@gmail.com

Основний номер телефону: +380 66 204 06 01

ДОДАТОК 6. НАЦІОНАЛЬНА МАТРИЦЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗА 2009–2010 рр.

Національна матриця фінансування, 2009

Звітний період:	2009
Звітний цикл:	Календарний рік
Суми зазначені у:	Нац. валюта (Українська гривня, UAH)
Середній курс обміну за рік:	7,79 нац. валюта до USD

Категорії витрат	ВСЬОГО (Національна валюта)	Джерела фінансування														
		Державні джерела					Міжнародні джерела					Приватні джерела (необов'язково)				
		ВСЬОГО державні джерела	Центральний бюджет	Місцеві бюджети	Відплатні кошти банків розвитку (наприклад, позики)	Всі інші державні джерела	ВСЬОГО міжнародні джерела	Двосторонні	Багатосторонні			Всі інші міжнародні джерела	ВСЬОГО приватні джерела	Комерційні установи	Домогосподарства	Всі інші приватні джерела
									Агенції ООН	Глобальний Фонд	Всі інші багатосторонні					
ВСЬОГО (Національна валюта)	509 446 462	296 429 783	165 686 385	123 230 375	5 101 655	2 411 368	206 891 641	12 554 304	9 764 341	172 001 387	464 702	12 106 906	6 125 038	2 080 232	2 069 626	1 975 180
1. Профілактика (всього)	116 550 139	67 436 608	32 035 974	34 528 173	758 516	113 944	48 556 844	5 067 458	3 930 795	37 910 696	129 174	1 518 721	556 687	85 793	201 102	269 792
1.01 Комунікації для соціальних та поведінкових змін	2 109 464	911 892	99 312	812 581			1 156 019	310 556		784 640		60 824	41 553		28 289	13 264
1.02 Мобілізація спільнот	0	0					0						0			
1.03 Добровільне консультування і тестування (ДКТ)	13 994 101	13 123 497	3 264 659	9 488 561	370 276		843 836	70 100	94 722	45 718		633 296	26 768	1 717	6 791	18 260
1.04 Зменшення шкоди для уразливих та доступних груп населення	2 293 648	1 252 340	1 227 072	12 726	12 541		1 041 308			997 788		43 521	0			
1.05 Профілактика - Молодь, що навчається	224 093	59 233		59 233			162 240	61 548		3 700		96 992	2 620		720	1 900
1.06 Профілактика - Молодь за межами навчальних закладів	5 329 556	386 882	25 136	361 746			4 932 911	2 619 333	1 230 167	686 663		396 748	9 764	7 376	2 388	
1.07 Профілактика передачі ВІЛ серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)	984 931	104 412	57 191	47 221			849 999	4 455	258 969	559 657		26 918	30 520		25 000	5 520
1.08 Профілактичні програми для працівників комерційного сексу та їх клієнтів	4 030 725	234 445	154 714	75 429	4 303		3 796 279	141 615		3 654 664			0			
1.09 Профілактичні програми для чоловіків, які мають секс із чоловіками	3 799 351	4 781	4 539	242			3 794 570	1 237 454		2 556 966		150	0			
1.10 Програми зменшення шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків	26 966 873	1 319 414	298 800	1 020 614			25 590 658	83 650	91 810	25 120 525	121 275	173 399	56 800		56 800	
1.11 Профілактичні програми на робочих місцях	4 126 955	3 363 898	460 996	2 892 574	1 249	9 080	699 587		670 000	21 689	7 899		63 469		56 203	7 266

1.12 Соціальний маркетинг презервативів	22 667	0					22 667			22 667		0				
1.13 Поширення чоловічих презервативів через державний та комерційний сектори	131 816	26 200		24 760	1 440		100 546		25 772	74 775		5 070		5 070		
1.14 Поширення жіночих презервативів через державний та комерційний сектори	0	0					0					0				
1.15 Мікробіциди	0	0					0					0				
1.16 Профілактика, діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	0	0					0					0				
1.17 Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	41 860 164	38 569 355	22 535 017	15 583 356	350 495	100 486	3 273 310	538 749	1 559 356	1 160 994	14 211	17 499	14 466	3 033		
1.18 Чоловіче обрізання	0	0					0					0				
1.19 Безпека крові	6 500 536	6 214 807	3 472 546	2 737 884		4 378	0					285 729	62 134	13	223 582	
1.20 Безпека медичних ін'єкцій	0	0					0					0				
1.21 Загальні заходи безпеки	0	0					0					0				
1.22 Постконтактна профілактика	1 770 174	1 753 179	435 992	1 298 974	18 212		99			99		16 896	100	16 796		
1.98 Профілактичні заходи не розділені за типом	73 099	16 500		16 500			56 599			56 599		0				
1.99 Профілактичні заходи не зазначені вище	2 331 988	95 773		95 773			2 236 215			2 163 552	72 663	0				
2. Догляд та лікування (всього)	200 021 295	164 604 560	130 302 279	27 862 125	4 343 139	2 097 017	34 855 724	4 581	666 645	33 061 502	0	1 122 995	561 011	1 776	167 437	391 798
2.01 Амбулаторний догляд	157 576 580	134 635 390	110 344 599	19 465 125	3 993 377	832 289	22 770 192	0	323 184	21 416 042	0	1 030 966	170 998	1 776	134 675	34 547
2.01.01 Тестування та консультування, ініційовані надавачем медичних послуг	2 161 739	2 008 641	369 097	1 201 411	36 583	401 550	109 675			109 675		43 423		40 811	2 612	
2.01.02 Амбулаторна профілактика та лікування опортуністичних інфекцій	27 122 839	26 129 256	18 439 722	3 852 357	3 494 239	342 937	898 295		323 184	559 511	15 600	95 288	1 776	88 551	4 961	
2.01.03 Ангіретровірусна терапія (АРТ)	99 994 773	85 292 012	74 242 500	10 866 351	148 131	35 030	14 700 220			14 700 220		2 540		2 540		
2.01.04 Продукти харчування як підтримка до АРТ	48 613	0					48 613			39 192	9 422	0				
2.01.05 Лабораторний моніторинг у зв'язку з ВІЛ	23 271 958	19 644 927	17 137 895	2 139 836	314 423	52 772	3 624 258			3 334 193	290 065	2 773		2 773		
2.01.06 Стоматологічні програми для ЛЖВ	76 642	74 022	20 170	53 852			2 620			2 620		0				
2.01.07 Послуги з психологічного лікування та підтримки	2 091 011	12 700		12 700			2 051 337			2 051 337		26 974			26 974	
2.01.08 Амбулаторний паліативний догляд	1 318 452	190	110	80			1 318 262			608 062	710 200	0				
2.01.09 Догляд на дому	0	0					0					0				
2.01.10 Послуги традиційної медицини та неформальні догляд та лікування	0	0					0					0				
2.01.98 Послуги з амбулаторного догляду не розділені за типом	1 490 555	1 473 643	135 106	1 338 537			16 912			11 232	5 680	0				
2.01.99 Послуги з амбулаторного догляду не зазначені вище	0	0					0					0				
2.02 Стационарний догляд	29 142 578	27 777 431	19 126 456	8 048 421	349 762	252 792	1 320 138	0	186 710	1 133 428	0	45 009	0	22 055	22 955	
2.02.01 Стационарне лікування опортуністичних інфекцій	26 479 995	25 122 258	19 125 096	5 496 209	248 161	252 792	1 312 728		186 710	1 126 018		45 009		22 055	22 955	
2.02.02 Стационарна паліативна допомога	200 470	193 060	1 360	191 700			7 410			7 410		0				

2.02.98 Послуги зі стаціонарного догляду не розділені за типом	0	0					0					0				
2.02.99 Послуги зі стаціонарного догляду не зазначені вище	2 462 113	2 462 113		2 360 512	101 600		0					0				
2.03 Транспортування пацієнтів та рятування у невідкладних випадках	4 180 309	119 356	1 200	118 156			3 735 244			3 704 957		30 287	325 709		325 709	
2.98 Послуги з догляду і лікування не розділені за типом	3 895 906	21 343		21 343			3 874 563			3 874 563			0			
2.99 Послуги з догляду і лікування не зазначені вище	5 225 921	2 051 040	830 024	209 080		1 011 936	3 155 586	4 581	156 751	2 932 512		61 742	19 295		10 707	8 588
3. Сироти й уразливі діти (всього)	5 274 805	3 126 254	2 455 307	670 947	0	0	1 222 651	0	0	1 032 756	0	189 895	925 900	0	925 900	0
3.01 Освіта для сиріт та уразливих дітей	0	0					0						0			
3.02 Базова медична допомога для сиріт та уразливих дітей	0	0					0						0			
3.03 Підтримка сиріт та уразливих дітей у сім'ях / на дому	0	0					0						0			
3.04 Підтримка сиріт та уразливих дітей у громадах	0	0					0						0			
3.05 Соціальні послуги та адміністративні витрати на сиріт та уразливих дітей	0	0					0						0			
3.06 Догляд за сиротами та уразливими дітьми у спеціальних закладах	0	0					0						0			
3.98 Послуги для сиріт та уразливих дітей не розділені за типом	0	0					0						0			
3.99 Послуги для сиріт та уразливих дітей не зазначені вище	5 274 805	3 126 254	2 455 307	670 947			1 222 651			1 032 756		189 895	925 900		925 900	
4. Управління програмами та посилення адміністрування (всього)	53 529 556	11 374 665	343 941	10 895 068	0	135 656	39 390 173	2 474 542	3 341 781	30 710 713	252 018	2 611 120	2 764 718	1 399 964	735 975	628 779
4.01 Планування, координація та управління програмами	508 913	48 200	25 304	22 896			339 420	284 820	54 600				121 293	121 293		
4.02 Адміністративні та накладні витрати, пов'язані з управлінням та розподілом коштів	19 533 065	3 546 741	410	3 546 331			15 984 148	904 615	138 440	14 194 380	81 246	665 467	2 176	17	34	2 125
4.03 Моніторинг і оцінка	376 474	10 000		10 000			366 474	49 281	18 891	298 303			0			
4.04 Операційні дослідження	0	0					0						0			
4.05 Серологічний нагляд (сероепідмоніторинг)	0	0					0						0			
4.06 Нагляд за резистентністю ВІЛ до препаратів	0	0					0						0			
4.07 Системи постачання ліків	0	0					0						0			
4.08 Інформаційні технології	1 905 553	19 589		19 589			1 885 963	1 100		1 874 158		10 706	0			
4.09 Відстеження пацієнтів	0	0					0						0			
4.10 Оновлення та розбудова інфраструктури	20 093 818	6 983 710	318 227	6 529 827		135 656	10 470 289	363 251	102 672	8 477 727	170 772	1 355 868	2 639 819	1 278 654	734 511	626 654
4.11 Обов'язкове тестування на ВІЛ (не ДКТ)	0	0					0						0			
4.98 Управління програмами та посилення адміністрування не розділені за типом	0	0					0						0			

4.99 Управління програмами та посилення адміністрування не зазначені вище	11 111 733	766 425		766 425			10 343 878	871 476	3 027 178	5 866 145		579 079	1 430		1 430	
5. Стимулювання кадрових ресурсів (всього)	127 046 640	49 752 827	547 847	49 204 980	0	0	76 011 733	4 645 734	1 297 205	63 740 705	83 511	6 244 577	1 282 080	592 699	11 412	677 969
5.01 Грошове стимулювання кадрових ресурсів	119 669 777	49 628 427	547 847	49 080 580			68 918 608	4 612 216	660 700	58 114 114	83 511	5 448 066	1 122 743	476 374		646 369
5.02 Освітні заходи з метою збільшення кадрових ресурсів у сфері ВЛЛ	95 461	36 266		36 266			27 595	1 157		26 438			31 600			31 600
5.03 Навчання	7 187 274	82 134		82 134			6 977 404	32 361	636 505	5 512 027		796 511	127 737	116 325	11 412	
5.98 Стимулювання кадрових ресурсів не розділені за типом	94 127	6 000		6 000			88 127			88 127			0			
5.99 Стимулювання кадрових ресурсів не зазначені вище	0	0					0						0			
6. Соціальний захист та соціальні послуги окрім сиріт та уразливих дітей (всього)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.01 Соціальний захист у вигляді грошової допомоги	0	0					0						0			
6.02 Соціальний захист у вигляді натуральної допомоги	0	0					0						0			
6.03 Соціальний захист через надання соціальних послуг	0	0					0						0			
6.04 Проекти із залучення коштів у сферу ВЛЛ	0	0					0						0			
6.98 Соціальний захист та соціальні послуги не розділені за типом	0	0					0						0			
6.99 Соціальний захист та соціальні послуги не зазначені вище	0	0					0						0			
7. Створення сприятливого середовища (всього)	3 528 724	48 478	0	48 478	0	0	3 452 446	361 989	138 414	2 556 664	0	395 379	27 800	0	27 800	0
7.01 Адвокація	0	0					0						0			
7.02 Програми захисту прав людини	0	0					0						0			
7.03 Інституційний розвиток у сфері ВЛЛ/СНІД	0	0					0						0			
7.04 Програми у сфері ВЛЛ/СНІД, спрямовані на жінок	0	0					0						0			
7.05 Програми зменшення насильства на статевої основі	0	0					0						0			
7.98 Створення сприятливого середовища не розділені за типом	0	0					0						0			
7.99 Створення сприятливого середовища не зазначені вище	3 528 724	48 478		48 478			3 452 446	361 989	138 414	2 556 664		395 379	27 800		27 800	
8. Дослідження (всього)	3 495 305	86 392	1 037	20 604	0	64 751	3 402 070	0	389 500	2 988 352	0	24 218	6 843	0	0	6 843
8.01 Біомедичні дослідження	0	0					0						0			
8.02 Клінічні дослідження	0	0					0						0			
8.03 Епідеміологічні дослідження	913 221	21 641	1 037	20 604			891 580			891 580			0			
8.04 Дослідження у галузі соціальних наук	0	0					0						0			
8.05 Дослідження щодо вакцини	0	0					0						0			

8.98 Дослідження не розділені за типом	0	0				0					0		
8.99 Дослідження не зазначені вище	2 582 084	64 751			64 751	2 510 490		389 500	2 096 772		24 218	6 843	6 843

Національна матриця фінансування, 2010

Звітний період:	2010
Звітний цикл:	Календарний рік
Суми зазначені у:	Нац. валюта (Українська гривня, UAH)
Середній курс обміну за рік:	7,94 нац. валюта до USD

Категорії витрат	ВСЬОГО (Національна валюта)	Джерела фінансування														
		Державні джерела					Міжнародні джерела						Приватні джерела (необов'язково)			
		ВСЬОГО державні джерела	Центральний бюджет	Місцеві бюджети	Відкриті кошти банків розвитку (наприклад, позики)	Всі інші державні джерела	ВСЬОГО міжнародні джерела	Двосторонні	Багатосторонні			Всі інші міжнародні джерела	ВСЬОГО приватні джерела	Комерційні установи	Домогосподарства	Всі інші приватні джерела
									Агенції ООН	Глобальний Фонд	Всі інші багатосторонні					
ВСЬОГО (Національна валюта)	578 340 208	302 150 330	157 386 282	137 955 552	3 158 116	3 650 381	268 989 176	26 870 525	13 963 905	213 254 553	1 453 213	13 446 981	7 200 702	1 673 316	4 288 148	1 239 238
1. Профілактика (всього)	128 468 433	70 256 859	39 331 322	30 407 108	351 627	166 802	57 310 481	6 207 816	4 565 273	43 779 030	4 309	2 754 053	901 092	380 277	282 672	238 143
1.01 Комунікації для соціальних та поведінкових змін	6 338 475	1 709 772		1 709 772			4 612 803	3 673 178		776 979		162 646	15 900		3 923	11 977
1.02 Мобілізація спільнот	0	0					0						0			
1.03 Добровільне консультування і тестування (ДКТ)	12 144 641	11 827 011	1 651 735	10 016 960	110 110	48 206	315 096		795	136 629		177 673	2 534	2 534		
1.04 Зменшення шкоди для уразливих та доступних груп населення	1 649 444	94 021	49 098	17 401	17 533	9 990	1 552 896	69 085	26 152	1 035 788		421 870	2 527		150	2 377
1.05 Профілактика - Молодь, що навчається	109 949	93 442		93 442			15 475			15 475			1 032		1 032	
1.06 Профілактика - Молодь за межами навчальних закладів	5 168 504	289 801	139 997	149 804			4 814 549	1 490 706	2 279 204	1 006 855		37 784	64 153	63 402		752
1.07 Профілактика передачі ВІЛ серед людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)	1 867 293	186 405	64 086	102 118		20 202	1 645 888	1 662		1 571 037		73 189	35 000		35 000	
1.08 Профілактичні програми для працівників комерційного сексу та їх клієнтів	4 960 329	81 078	243	80 835			4 879 251	29 050		4 850 201			0			
1.09 Профілактичні програми для чоловіків, які мають секс із чоловіками	4 123 749	2 597		2 597			4 119 052	510 745		3 608 306			2 100		2 100	
1.10 Програми зменшення шкоди для споживачів ін'єкційних наркотиків	29 953 986	1 165 366	25 513	1 139 293		560	28 703 620	131 481	84 291	26 753 457	4 309	1 730 081	85 000		85 000	
1.11 Профілактичні програми на робочих місцях	3 027 952	2 496 028	51 456	2 428 758	3 452	12 363	380 221	144 818	211 500	18 136		5 767	151 702		151 452	250

1.12 Соціальний маркетинг презервативів	25 186	0					25 186			25 186		0				
1.13 Поширення чоловічих презервативів через державний та комерційний сектори	181 492	21 828	2 642	18 686	500		159 664		33	159 631		0				
1.14 Поширення жіночих презервативів через державний та комерційний сектори	0	0					0					0				
1.15 Мікробіциди	0	0					0					0				
1.16 Профілактика, діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	0	0					0					0				
1.17 Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	46 434 045	42 961 225	33 575 103	9 164 633	146 075	75 414	3 326 960	143 738	1 936 518	1 230 170		16 534	145 859	139 878	3 981	2 000
1.18 Чоловіче обрізання	0	0					0					0				
1.19 Безпека крові	7 810 160	7 355 605	3 185 406	4 114 707	55 426	67	59 380			59 380		395 175	174 353	34	220 788	
1.20 Безпека медичних ін'єкцій	0	0					0					0				
1.21 Загальні заходи безпеки	0	0					0					0				
1.22 Постконтактна профілактика	1 429 528	1 429 418	416 433	994 454	18 532		0					110	110			
1.98 Профілактичні заходи не розділені за типом	2 383 312	513 334	169 611	343 723			1 869 978		26 780	1 843 198		0				
1.99 Профілактичні заходи не зазначені вище	860 389	29 926		29 926			830 463	13 352		688 601		128 510	0			
2. Догляд та лікування (всього)	224 936 908	155 324 937	111 891 763	38 608 876	1 989 329	2 834 969	69 269 122	266 154	1 333 229	66 473 471	0	1 196 269	342 849	71 443	132 993	138 414
2.01 Амбулаторний догляд	184 289 074	136 030 296	103 535 992	30 376 973	1 583 203	534 128	48 039 979	33 862	883 054	45 986 940	0	1 136 123	218 799	71 113	91 639	56 048
2.01.01 Тестування та консультування ініційовані надавачем медичних послуг	2 549 758	2 283 882	361 990	1 678 772	36 821	206 298	233 935		7 100	205 862		20 973	31 941		31 941	
2.01.02 Амбулаторна профілактика та лікування опортуністичних інфекцій	10 610 176	8 002 831	3 615 714	3 324 552	911 637	150 928	2 529 561	810	875 954	1 576 280		76 518	77 783	1 263	59 698	16 822
2.01.03 Антиретровірусна терапія (АРТ)	131 464 691	96 747 541	75 705 312	20 597 431	439 656	5 143	34 668 180	33 052		34 571 113		64 016	48 970	48 970		
2.01.04 Продукти харчування як підтримка до АРТ	51 383	0					51 383			51 275		107	0			
2.01.05 Лабораторний моніторинг у зв'язку з ВІЛ	31 387 090	25 903 371	22 115 144	3 460 501	181 322	146 404	5 462 839			5 187 756		275 082	20 880	20 880		
2.01.06 Стоматологічні програми для ЛЖВ	102 007	97 267	7 000	64 962		25 305	4 740			4 740		0				
2.01.07 Послуги з психологічного лікування та підтримки	2 864 765	15 000		15 000			2 810 539			2 810 539		39 226				39 226
2.01.08 Амбулаторний паліативний догляд	1 776 892	800	120	680			1 776 092			1 090 233		685 860	0			
2.01.09 Догляд на дому	0	0					0					0				
2.01.10 Послуги традиційної медицини та неформальні догляд та лікування	0	0					0					0				
2.01.98 Послуги з амбулаторного догляду не розділені за типом	3 477 313	2 974 603	1 730 711	1 230 076	13 767	50	502 709			489 143		13 567	0			
2.01.99 Послуги з амбулаторного догляду не зазначені вище	5 000	5 000		5 000			0					0				

2.02 Стационарний догляд	18 762 828	16 982 757	8 275 148	7 666 541	406 126	634 943	1 718 352	0	450 175	1 268 176	0	0	61 719	330	9 778	51 611
2.02.01 Стационарне лікування опортуністичних інфекцій	16 709 975	15 112 373	7 894 212	6 207 843	375 375	634 943	1 535 883		450 175	1 085 708			61 719	330	9 778	51 611
2.02.02 Стационарна паліативна допомога	266 297	260 897	11 247	249 650			5 400			5 400			0			
2.02.98 Послуги зі стационарного догляду не розділені за типом	0	0					0						0			
2.02.99 Послуги зі стационарного догляду не зазначені вище	1 786 556	1 609 487	369 689	1 209 048	30 750		177 069			177 069			0			
2.03 Транспортування пацієнтів та рятування у небезпечних випадках	8 542 431	96 098	283	95 815			8 424 646	155 927		8 268 719			21 687			21 687
2.98 Послуги з догляду і лікування не розділені за типом	6 252 367	177 729		177 729			6 074 638			6 074 638			0			
2.99 Послуги з догляду і лікування не зазначені вище	7 090 208	2 038 057	80 340	291 819		1 665 898	5 011 507	76 364		4 874 998		60 146	40 644		31 576	9 068
3. Сироти й уразливі діти (всього)	8 864 137	5 988 502	5 159 852	828 650	0	0	1 792 850	0	0	1 604 872	0	187 977	1 082 785	0	1 082 785	0
3.01 Освіта для сиріт та уразливих дітей	0	0					0						0			
3.02 Базова медична допомога для сиріт та уразливих дітей	0	0					0						0			
3.03 Підтримка сиріт та уразливих дітей у сім'ях / на дому	0	0					0						0			
3.04 Підтримка сиріт та уразливих дітей у громадах	0	0					0						0			
3.05 Соціальні послуги та адміністративні витрати на сиріт та уразливих дітей	0	0					0						0			
3.06 Догляд за сиротами та уразливими дітьми у спеціальних закладах	0	0					0						0			
3.98 Послуги для сиріт та уразливих дітей не розділені за типом	0	0					0						0			
3.99 Послуги для сиріт та уразливих дітей не зазначені вище	8 864 137	5 988 502	5 159 852	828 650			1 792 850			1 604 872		187 977	1 082 785		1 082 785	
4. Управління програмами та посилення адміністрування (всього)	54 930 860	9 507 023	595 362	7 906 950	817 160	187 551	42 467 932	6 886 384	5 956 657	27 033 685	209 240	2 381 966	2 955 905	146 194	2 773 901	35 809
4.01 Планування, координація та управління програмами	38 240 223	3 524 007	31 212	3 492 795			34 502 431	5 191 190	3 649 023	23 501 864	207 072	1 953 282	213 784	122 094	76 658	15 032
4.02 Адміністративні та накладні витрати, пов'язані з управлінням та розподілом коштів	2 406 807	65 847		65 847			2 340 960		2 288 578	52 382			0			
4.03 Моніторинг і оцінка	813 430	9 300		9 300			804 130	24 816	19 056	760 259			0			
4.04 Операційні дослідження	0	0					0						0			
4.05 Серологічний нагляд (сероепідемоніторинг)	0	0					0						0			
4.06 Нагляд за резистентністю ВІЛ до препаратів	0	0					0						0			
4.07 Системи постачання ліків	0	0					0						0			
4.08 Інформаційні технології	1 513 283	67 061		67 061			1 441 085	745 398		695 687			5 137		1 560	3 577
4.09 Відстеження пацієнтів	0	0					0						0			
4.10 Оновлення та розбудова інфраструктури	11 472 794	5 592 553	564 150	4 023 692	817 160	187 551	3 146 867	924 981		1 791 034	2 168	428 684	2 733 375	24 100	2 692 075	17 200

4.11 Обов'язкове тестування на ВЛЛ (не ДКТ)	0	0					0					0				
4.98 Управління програмами та посилення адміністрування не розділені за типом	0	0					0					0				
4.99 Управління програмами та посилення адміністрування не зазначені вище	484 323	248 255		248 255			232 459			232 459		3 609			3 609	
5. Стимулювання кадрових ресурсів (всього)	152 703 663	60 925 201	384 563	60 147 178	0	393 460	89 865 042	11 437 859	715 591	71 346 521	834 653	5 530 418	1 913 420	1 075 402	13 681	824 337
5.01 Грошове стимулювання кадрових ресурсів	141 227 474	60 761 702	384 563	59 983 678		393 460	79 226 233	11 013 425	4 722	63 231 104	450 292	4 526 691	1 239 540	524 540		715 000
5.02 Освітні заходи з метою збільшення кадрових ресурсів у сфері ВЛЛ	385 608	52 181		52 181			232 322	2 761	700	228 861			101 105			101 105
5.03 Навчання	10 478 593	103 824		103 824			9 801 993	421 531	710 169	7 427 073	384 361	858 859	572 776	550 862	13 681	8 233
5.98 Стимулювання кадрових ресурсів не розділені за типом	611 988	7 494		7 494			604 494	143		459 483		144 868	0			
5.99 Стимулювання кадрових ресурсів не зазначені вище	0	0					0						0			
6. Соціальний захист та соціальні послуги окрім сиріт та уразливих дітей (всього)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.01 Соціальний захист у вигляді грошової допомоги	0	0					0						0			
6.02 Соціальний захист у вигляді натуральної допомоги	0	0					0						0			
6.03 Соціальний захист через надання соціальних послуг	0	0					0						0			
6.04 Проекти із залучення коштів у сферу ВЛЛ	0	0					0						0			
6.98 Соціальний захист та соціальні послуги не розділені за типом	0	0					0						0			
6.99 Соціальний захист та соціальні послуги не зазначені вище	0	0					0						0			
7. Створення сприятливого середовища (всього)	5 498 583	40 442	0	40 442	0	0	5 456 026	1 663 640	285 892	2 131 218	212 528	1 162 748	2 116	0	2 116	0
7.01 Адвокація	0	0					0						0			
7.02 Програми захисту прав людини	0	0					0						0			
7.03 Інституційний розвиток у сфері ВЛЛ/СНІД	0	0					0						0			
7.04 Програми у сфері ВЛЛ/СНІД спрямовані на жінок	0	0					0						0			
7.05 Програми зменшення насильства на статевій основі	0	0					0						0			
7.98 Створення сприятливого середовища не розділені за типом	0	0					0						0			
7.99 Створення сприятливого середовища не зазначені вище	5 498 583	40 442		40 442			5 456 026	1 663 640	285 892	2 131 218	212 528	1 162 748	2 116		2 116	
8. Дослідження (всього)	2 937 624	107 367	23 420	16 348	0	67 599	2 827 722	408 673	1 107 262	885 754	192 483	233 550	2 535	0	0	2 535
8.01 Біомедичні дослідження	0	0					0						0			

8.02 Клінічні дослідження	0	0					0						0		
8.03 Епідеміологічні дослідження	713 088	16 248	401	15 848			696 840			696 840			0		
8.04 Дослідження у галузі соціальних наук	0	0					0						0		
8.05 Дослідження щодо вакцини	0	0					0						0		
8.98 Дослідження не розділені за типом	0	0					0						0		
8.99 Дослідження не зазначені вище	2 224 535	91 118	23 019	500		67 599	2 130 882	408 673	1 107 262	188 914	192 483	233 550	2 535		2 535

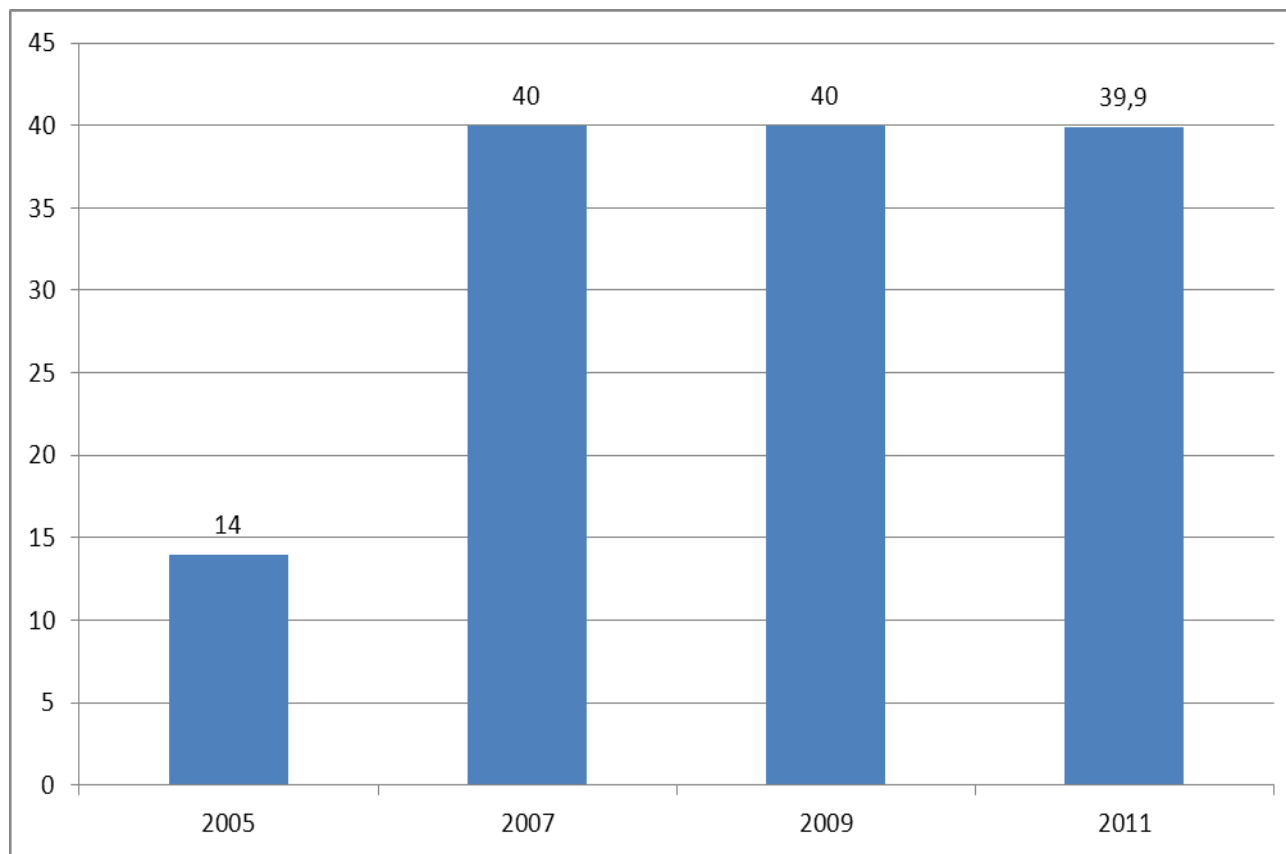
ДОДАТОК 7. ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ

ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 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

	Усього	Чоловіки			Жінки			Міське населення	Сільське населення
		усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24		
Відсоток респондентів, які надали вірну відповідь на усі 5 запитань	39,9	42,0	35,2	47,5	37,7	38,9	36,9	41,5	36,6
Чисельник: кількість респондентів, які надали вірну відповідь на усі 5 запитань	220	119	44	75	101	42	59	156	64
Відсоток респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 1</u> «Чи можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним неінфікованим партнером?»	88,7	88,7	84,8	91,8	88,8	86,1	90,6	88,3	89,7
Чисельник: кількість респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 1</u>	489	251	106	145	238	93	145	332	157
Відсоток респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 2</u> «Чи можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо правильно користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту?»	88,2	89,4	88,8	89,9	86,9	84,3	88,8	89,1	86,3
Чисельник: кількість респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 2</u>	486	253	111	142	233	91	142	335	151
Відсоток респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 3</u> «Чи може здорова на вигляд людина бути ВІЛ-інфікованою?»	84,4	85,9	80,8	89,9	82,8	84,3	81,9	82,4	88,6
Чисельник: кількість респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 3</u>	465	243	101	142	222	91	131	310	155
Відсоток респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 4</u> «Чи можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною?»	72,8	73,1	72,0	74,1	72,4	71,3	73,1	76,3	65,1

	Усього	Чоловіки			Жінки			Міське населення	Сільське населення
		усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24		
Чисельник: кількість респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 4</u>	401	207	90	117	194	77	117	287	114
Відсоток респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 5</u> «Чи можна інфікуватися ВІЛ через користування туалетом/ басейном/ сауною спільно з ВІЛ-інфікованою людиною?»	62,1	64,3	65,6	63,3	59,7	61,1	58,8	43,9	39,4
Чисельник: кількість респондентів, які надали вірну відповідь на <u>запитання 5</u>	342	182	82	100	160	66	94	165	69
Знаменник: кількість респондентів	551	283	125	158	268	108	160	376	175

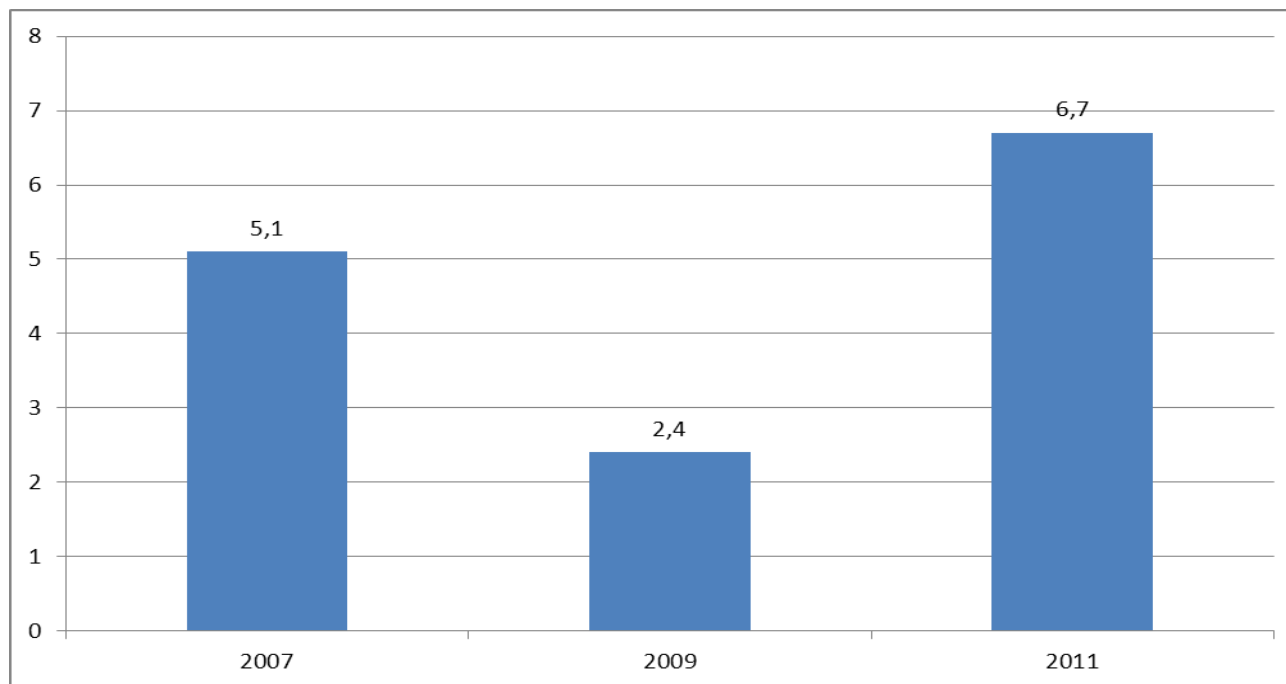
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.1 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ та відкидають основні помилкові уявлення про способи передачі ВІЛ



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.2 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років

	Усього	Чоловіки			Жінки			Міське населення	Сільське населення
		усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24		
Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	6,7	10,2	12,0	8,9	3,0	4,6	1,9	6,4	7,4
Чисельник: кількість молодих жінок та чоловіків у віці 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	37	29	15	14	8	5	3	24	13
Знаменник: кількість респондентів	551	283	125	158	268	108	160	376	175

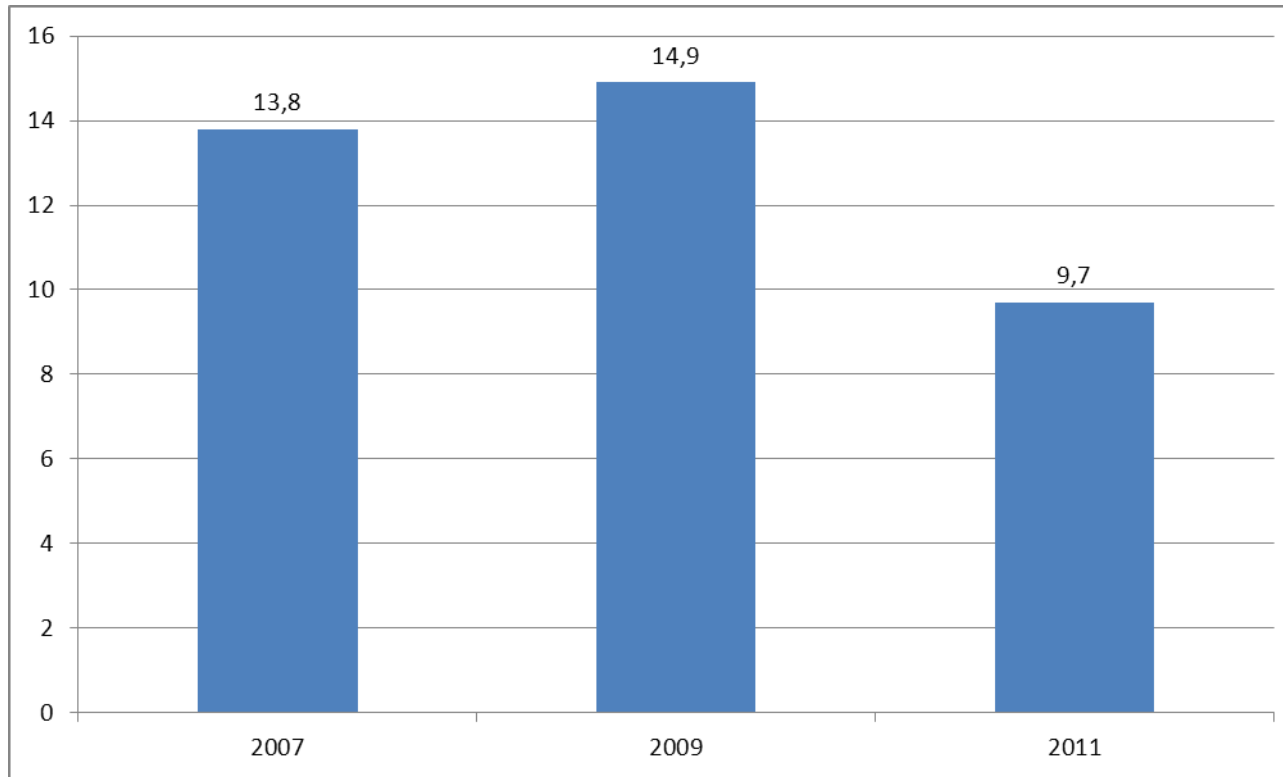
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.2 Відсоток молодих жінок та чоловіків віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.3 Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців

	Усього	Чоловіки				Жінки				Міське населення	Сільське населення
		усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	віком 25–49	усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	віком 25–49		
Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	9,7	14,9	21,6	30,4	10,3	4,6	3,7	5,0	4,6	9,9	9,2
Чисельник: кількість респондентів у віці 15–49 років, у яких були статеві контакти більше ніж з одним партнером за останні 12 місяців	194	148	27	48	73	46	4	8	34	139	55
Знаменник: кількість респондентів	2003	995	125	158	712	1008	108	160	740	1405	598

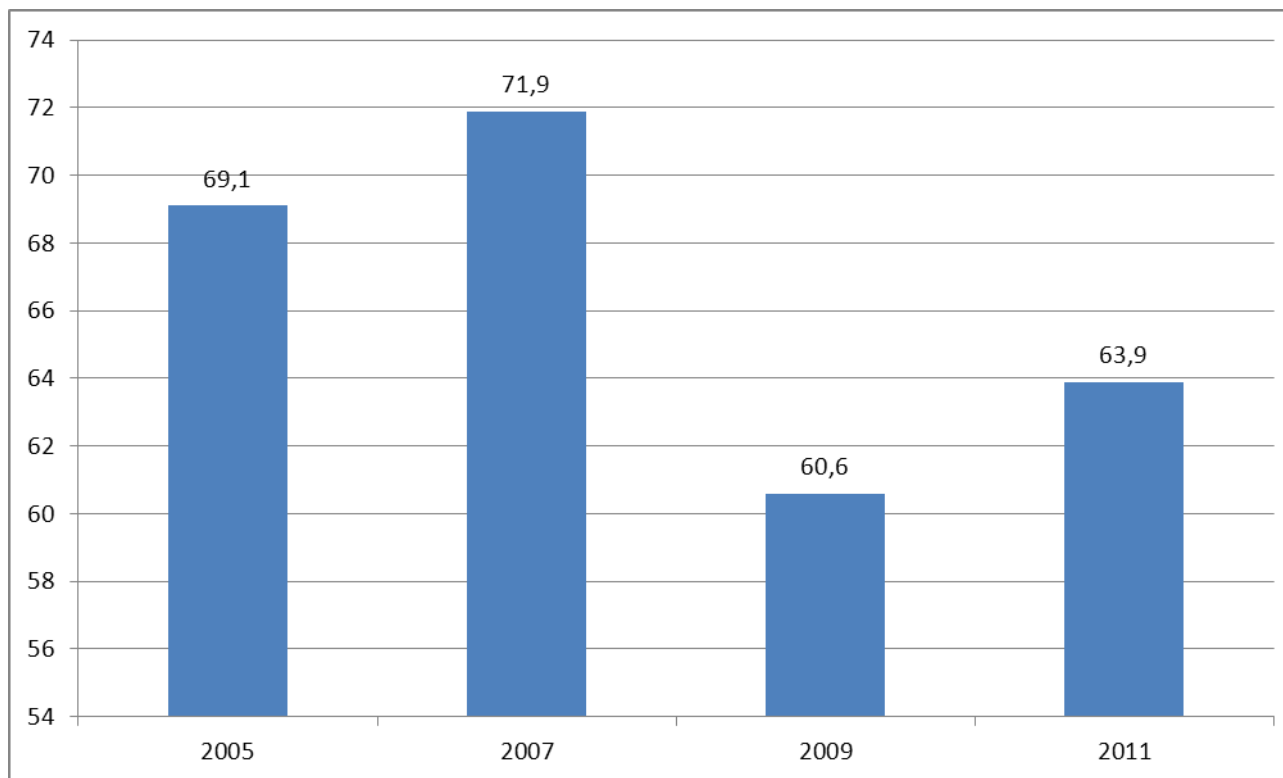
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.3 Відсоток дорослих віком 15–49 років, які мали статеві контакти більше ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.4 Відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту

	Усього	Чоловіки				Жінки				Міське населення	Сільське населення
		усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	віком 25–49	усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	віком 25–49		
Відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту	63,9	68,2	85,2	85,4	50,7	50,0	75,0	37,5	50,0	61,2	70,9
Чисельник: кількість респондентів у віці 15–49 років, які мали більше одного сексуального партнера за останні 12 місяців, а також повідомили, що використовували презерватив під час останнього сексу	124	101	23	41	37	23	3	3	17	85	39
Знаменник: кількість респондентів	194	148	27	48	73	46	4	8	34	139	55

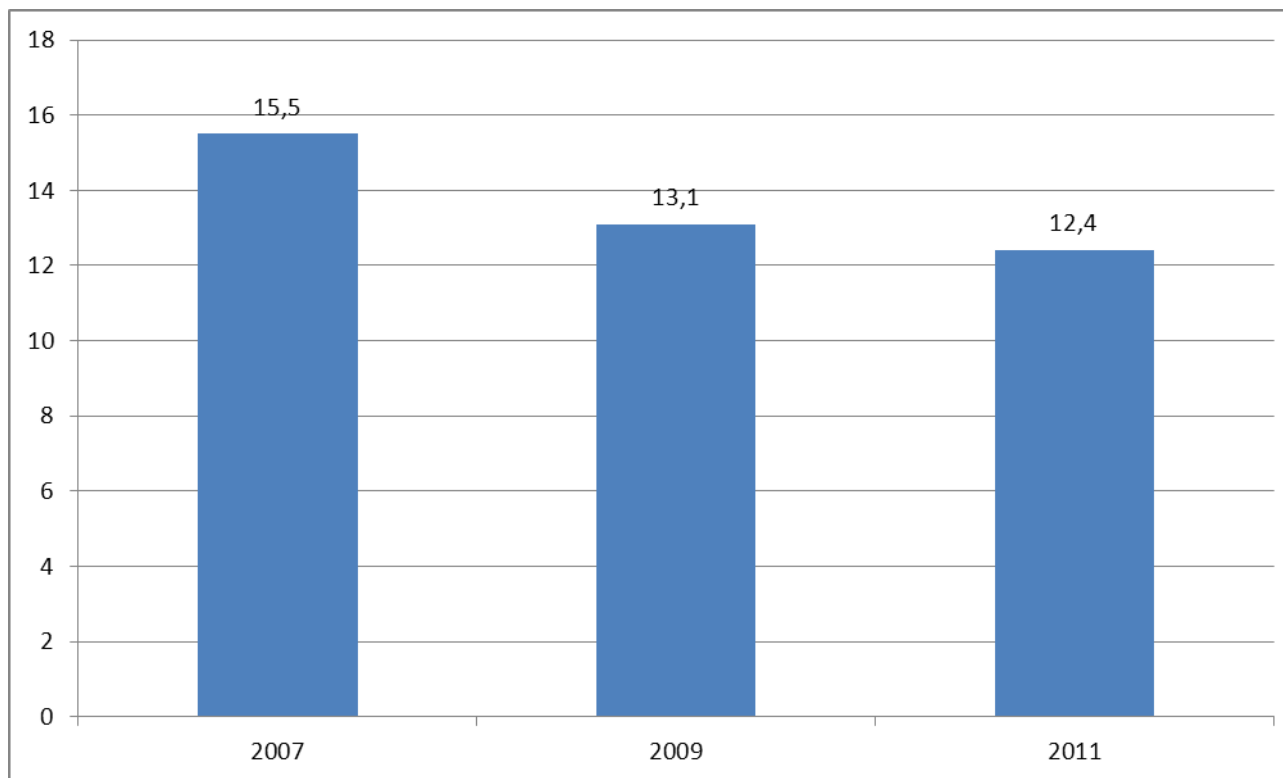
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.4 Відсоток дорослих віком 15–49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців, та які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого акту



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.5 Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, та які знають свої результати

	Усього	Чоловіки				Жінки				Міське населення	Сільське населення
		усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	віком 25–49	усіх вікових груп	віком 15–19	віком 20–24	віком 25–49		
Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, та які знають свої результати	12,4	9,8	9,6	9,5	10,0	15,0	13,0	22,5	13,6	13,6	9,7
Чисельник: кількість респондентів у віці 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, та які знають свої результати	249	98	12	15	71	151	14	36	101	191	58
Знаменник: кількість респондентів	2003	995	125	158	712	1008	108	160	740	1405	598

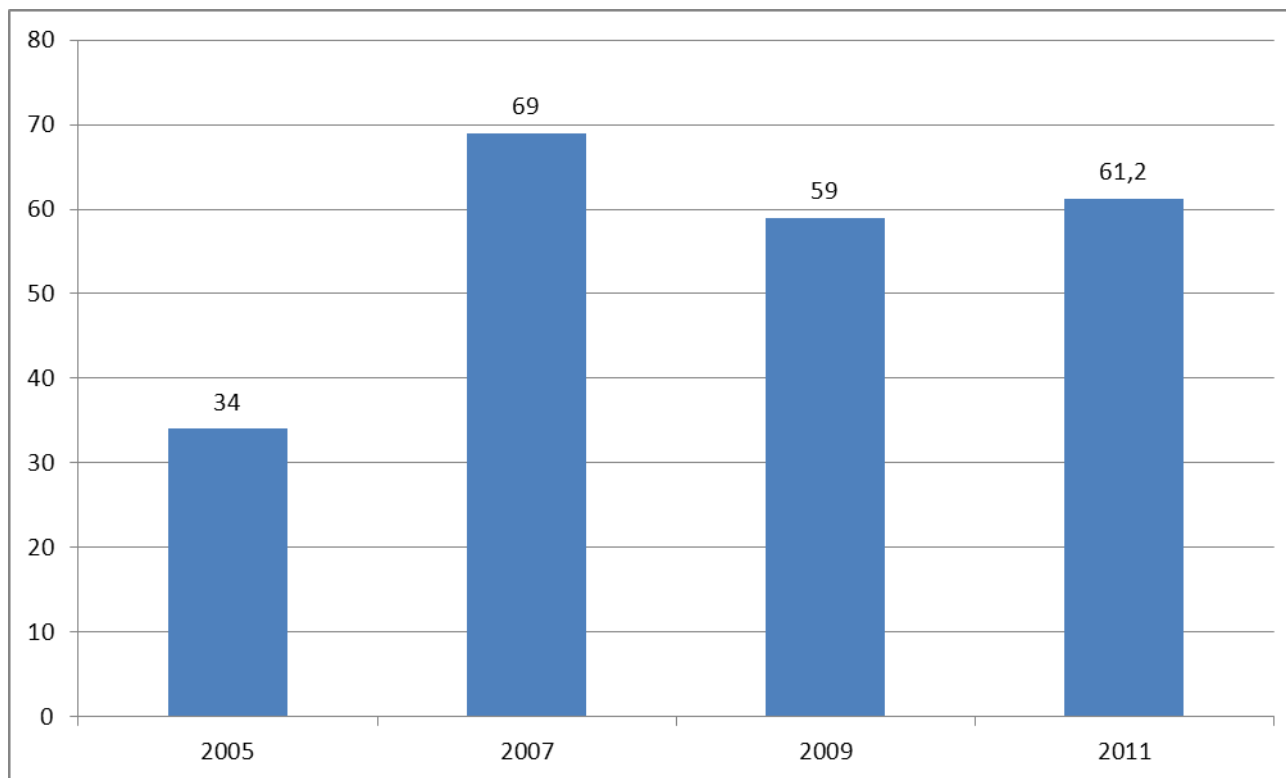
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.5 Відсоток жінок та чоловіків віком 15–49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, та які знають свої результати



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.7 Відсоток жінок комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції

	Усього	Жінки		
		Усіх вікових груп	Віком <25	Віком 25+
Відсоток жінок комерційного сексу, які відповіли «так» на обидва запитання	61,2	61,2	55,1	65,0
Чисельник: кількість жінок комерційного сексу, які відповіли «так» на обидва запитання	3061	3061	1037	2028
Відсоток жінок комерційного сексу, які відповіли «так» на <u>запитання 1</u> «Чи знаєте Ви, куди варто звертатися, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?»»	91,1	91,1	88,4	93,0
Чисельник: кількість жінок комерційного сексу, які відповіли «так» на <u>запитання 1</u>	4562	4562	1662	2901
Відсоток жінок комерційного сексу, які відповіли «так» на <u>запитання 2</u> «Чи отримували Ви за останні 12 місяців презервативи (наприклад, через освітньо-просвітницькі програми, або проекти, пункти обміну шприців, консультаційні центри, центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, під час акцій тощо)?»	64,2	64,2	59,3	67,5
Чисельник: кількість жінок комерційного сексу, які відповіли «так» на <u>запитання 2</u>	3214	3214	1116	2104
Знаменник: загальна кількість жінок комерційного сексу у вибірці	5005	5005	1881	3120

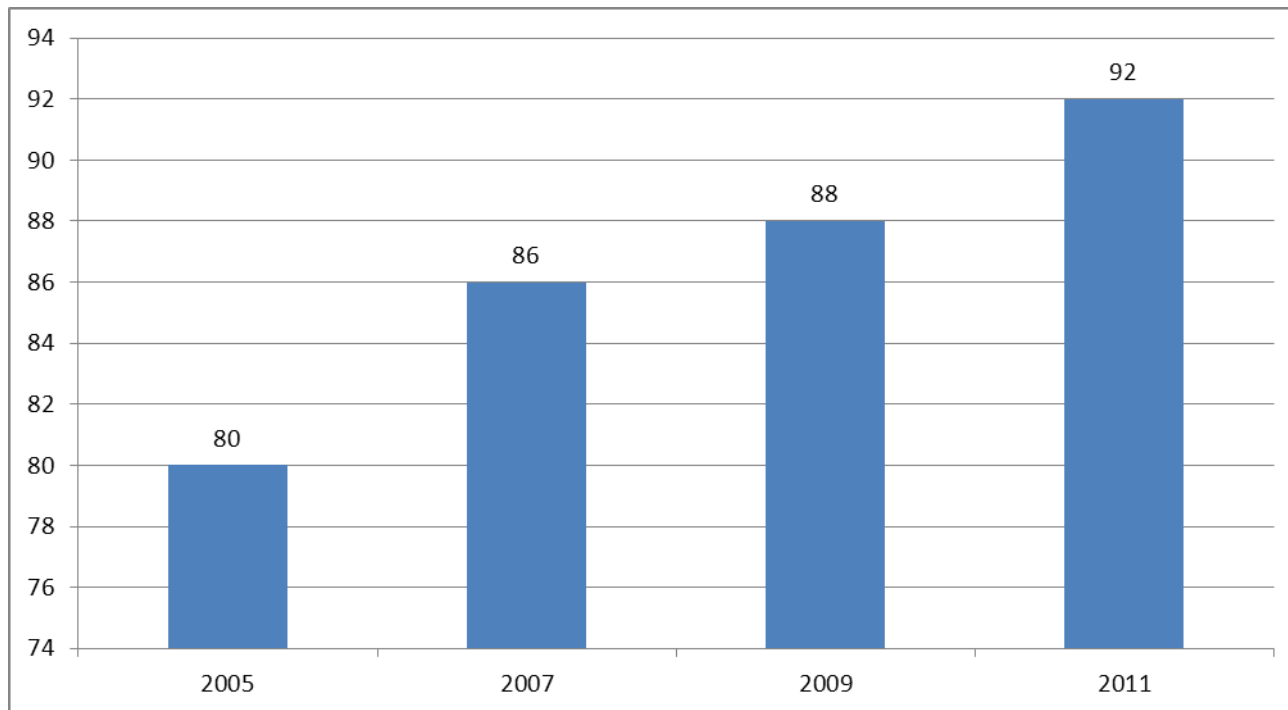
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.7 Відсоток жінок комерційного сексу, які охоплені програмами профілактики ВІЛ-інфекції



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.8 Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом

	Усього	Жінки		
		Усіх вікових груп	Віком <25	Віком 25+
Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом	92,0	92,0	93,6	91,0
Чисельник: кількість жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу під час останнього платного статевого контакту	4603	4603	1761	2838
Знаменник: загальна кількість жінок комерційного сексу у вибірці	5005	5005	1881	3120

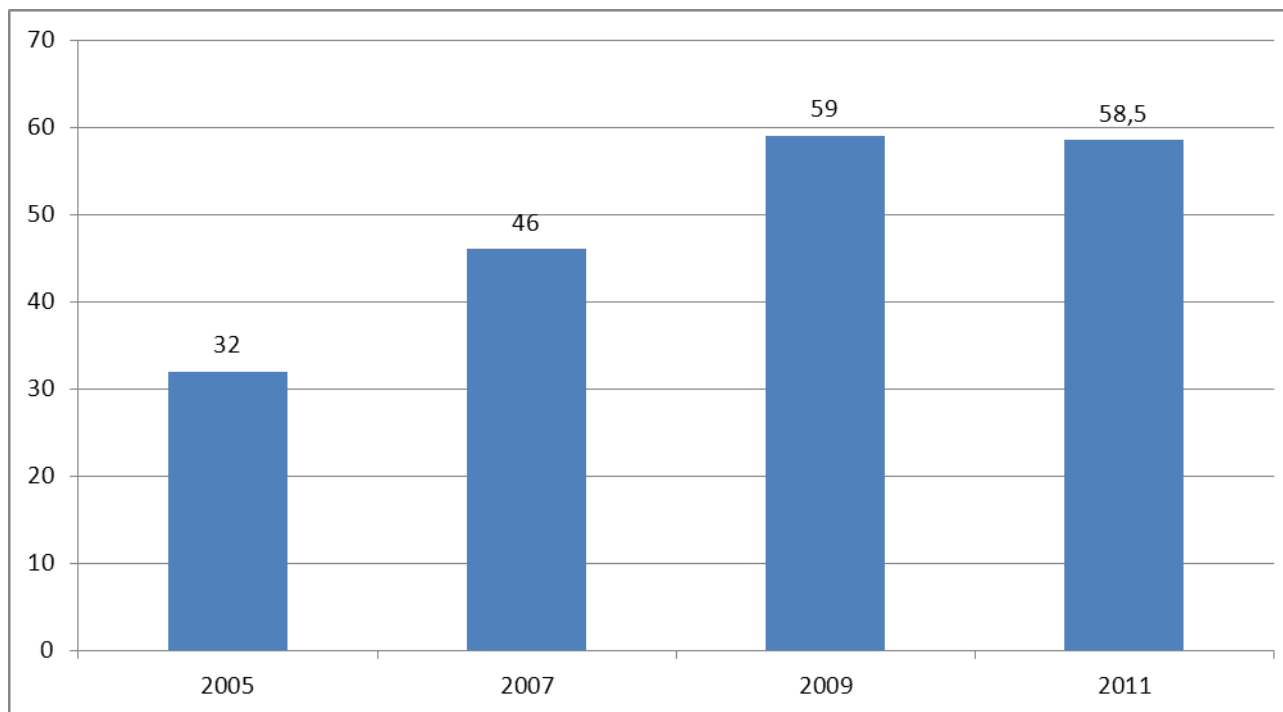
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.8 Відсоток жінок комерційного сексу, які повідомили про використання презервативу з останнім клієнтом



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.9 Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати

	Усього	Жінки		
		Усіх вікових груп	Віком <25	Віком 25+
Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	58,5	58,5	56,8	59,7
Чисельник: кількість жінок комерційного сексу, які протягом останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію та знають його результат	2929	2929	1069	1864
Знаменник: загальна кількість жінок комерційного сексу у вибірці	5005	5005	1881	3120

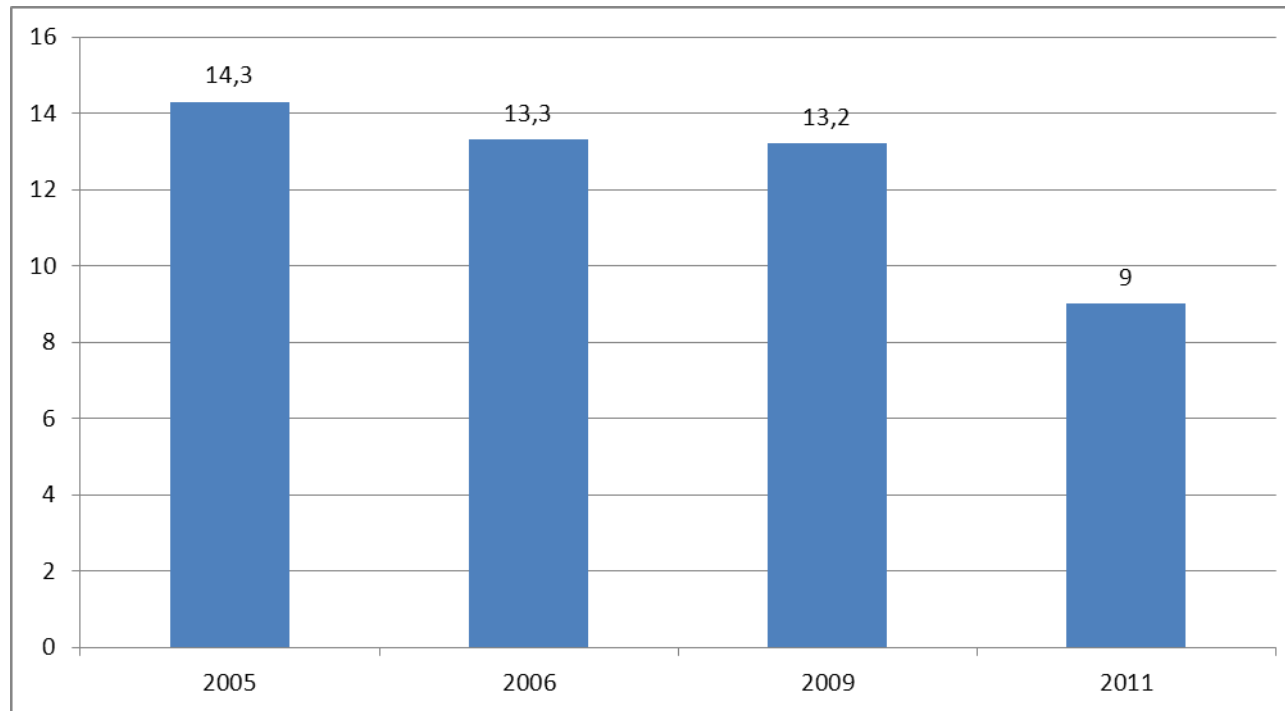
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.9 Відсоток жінок комерційного сексу, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.10 Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ

	Усього	Жінки		
		Усіх вікових груп	Віком <25	Віком 25+
Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ	9,0	9,0	3,1	13,0
Чисельник: кількість жінок комерційного сексу, які отримали позитивний результат тестування	435	435	58	383
Знаменник: загальна кількість жінок комерційного сексу у вибірці	4816	4816	1863	2949

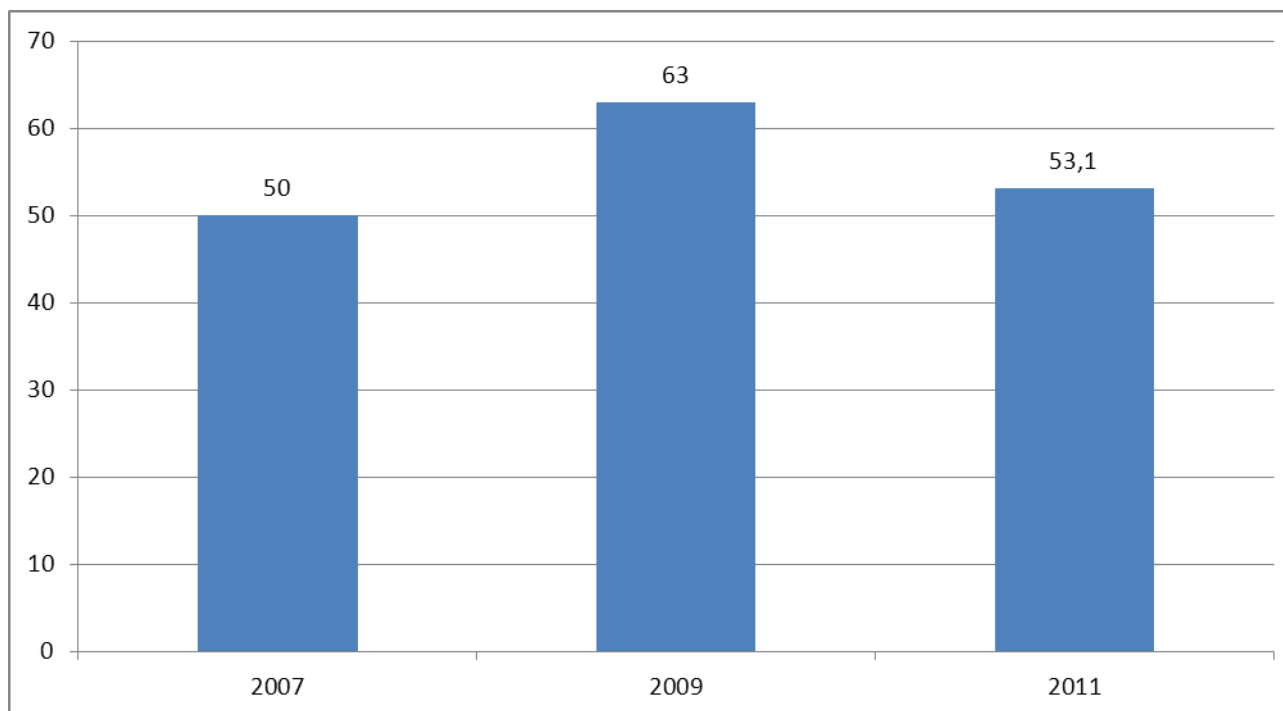
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.10 Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.11 Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, охоплених програмами профілактики ВІЛ-інфекції

	Усього	Віком <25	Віком 25+
Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які відповідали «так» на обидва запитання	53,1	57,2	50,2
Чисельник: кількість чоловіків, що мають секс із чоловіками, які відповідали «так» на обидва запитання	3160	1399	1761
Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які відповідали «так» на <u>запитання 1</u> «Чи знаєте Ви куди потрібно звернутись, щоб пройти тестування на ВІЛ?»	88,0	84,5	90,4
Чисельник: кількість чоловіків, що мають секс із чоловіками, які відповідали «так» на <u>запитання 1</u>	5237	2065	3172
Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які відповідали «так» на <u>запитання 2</u> «Чи отримували Ви впродовж останніх 12 місяців презервативи?»	56,2	60,9	52,9
Чисельник: кількість чоловіків, що мають секс із чоловіками, які відповідали «так» на <u>запитання 2</u>	3343	1489	1854
Знаменник: загальна кількість чоловіків, які мають секс із чоловіками, у вибірці	5950	2443	3507

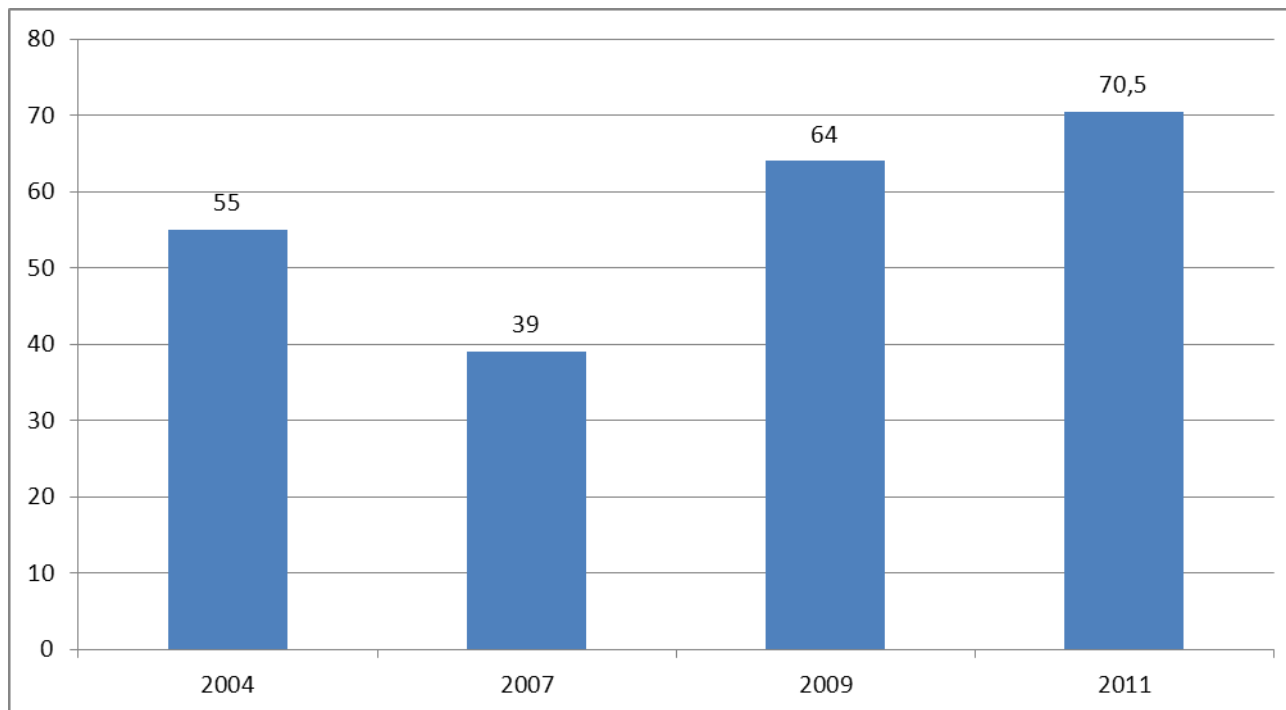
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.11 Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, охоплених програмами профілактики ВІЛ-інфекції



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.12 Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком

	Усього	Віком <25	Віком 25+
Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком	70,5	68,9	71,6
Чисельник: кількість чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком	3884	1534	2350
Знаменник: кількість чоловіків, які мали анальний сексуальний контакт з партнером-чоловіком впродовж останніх 6 місяців	5508	2226	3282

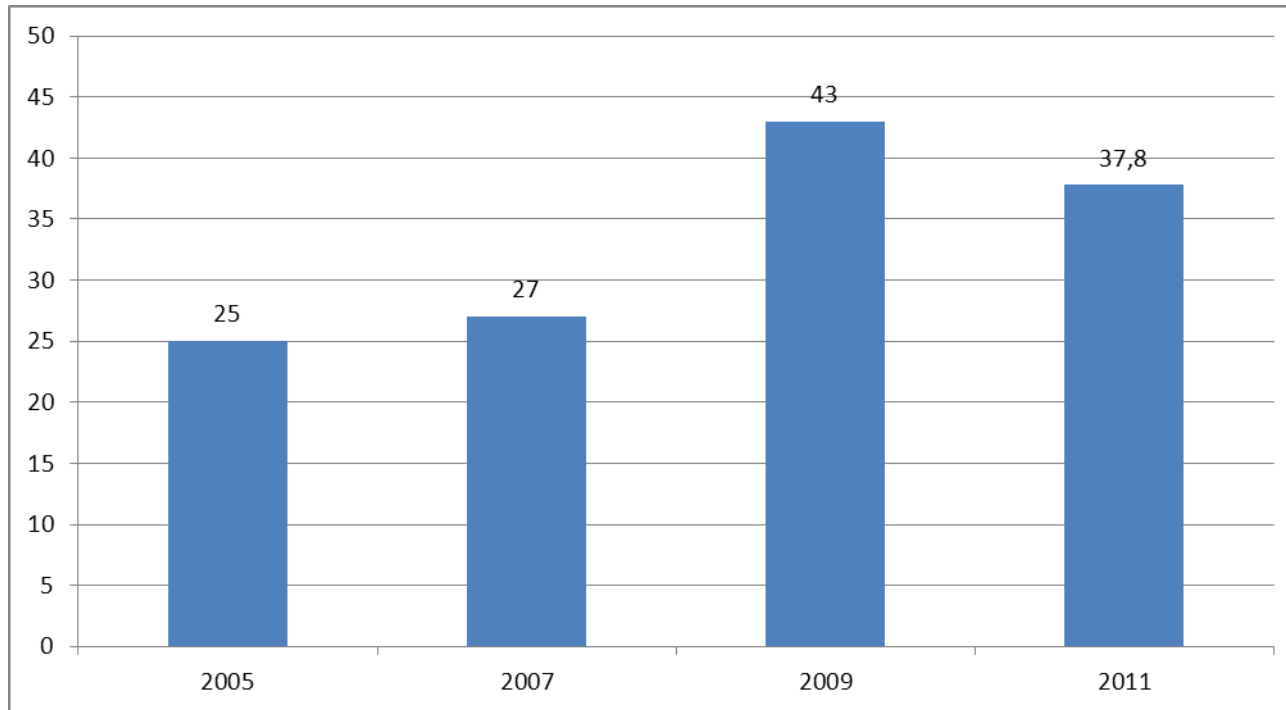
ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.12 Відсоток чоловіків, які повідомили про використання презервативу під час останнього анального сексу з партнером-чоловіком



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.13 Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати

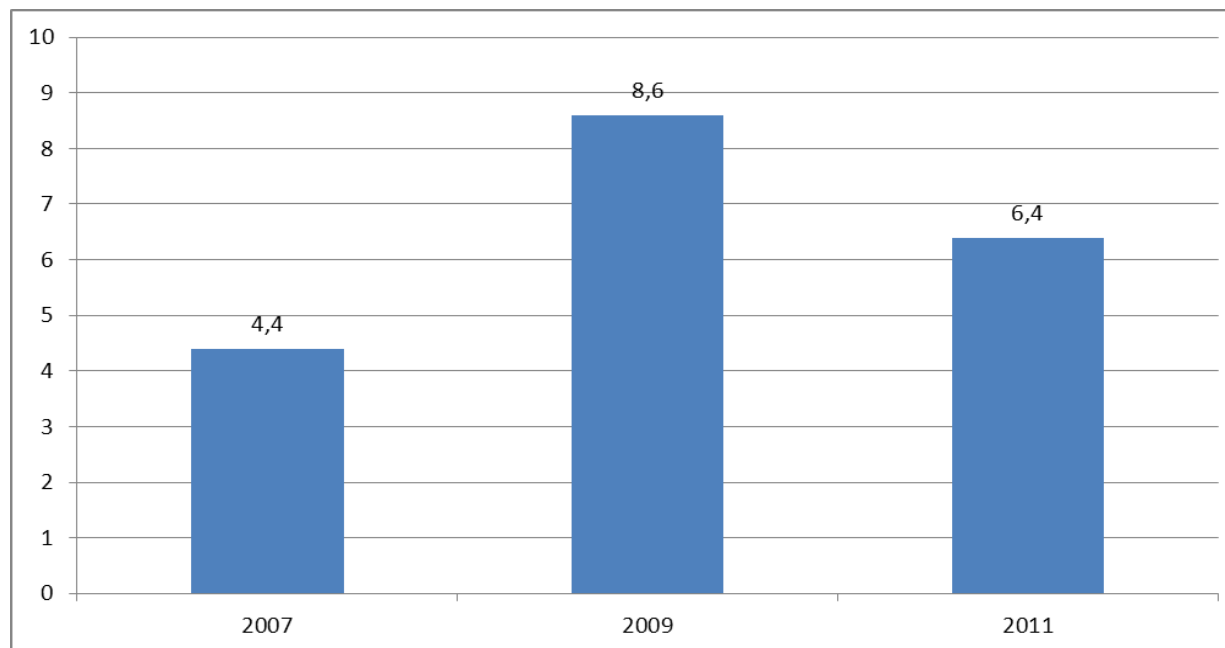
	Усього	Віком <25	Віком 25+
Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	37,8	36,2	38,9
Чисельник: кількість чоловіків, що мають секс із чоловіками, які впродовж останніх 12 місяців пройшли тестування на ВІЛ та знають свої результати	2249	884	1366
Знаменник: загальна кількість усіх чоловіків, які мають секс із чоловіками, що увійшли до вибірки	5950	2444	3506

ДИНАМІКА ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 1.13 Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати



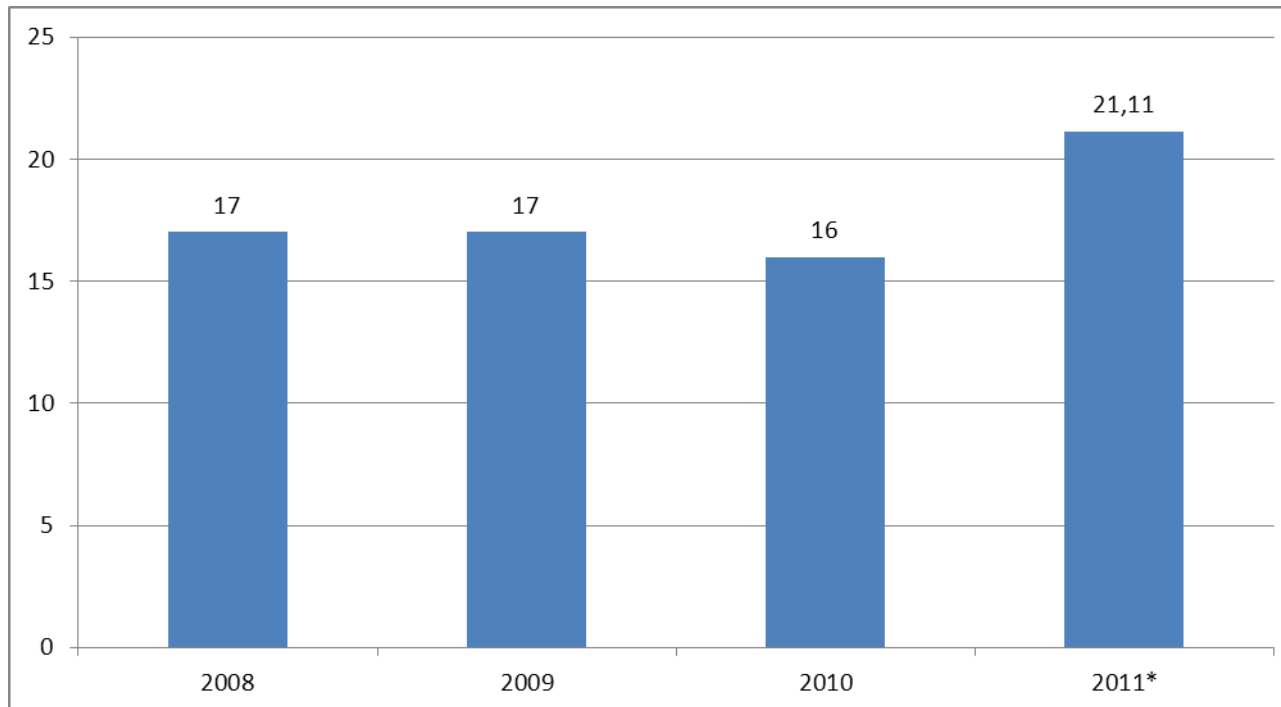
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 1.14 Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ

	Усього	Віком <25	Віком 25+
Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ	6,4	4,2	7,8
Чисельник: кількість чоловіків, що мають секс із чоловіками, які отримали позитивний результат тесту на ВІЛ	378	103	275
Знаменник: загальна кількість усіх чоловіків, які мають секс із чоловіками, що пройшли тестування на ВІЛ	5950	2444	3506



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 1.15 Відсоток медичних установ, які забезпечують тестування на ВІЛ та консультування

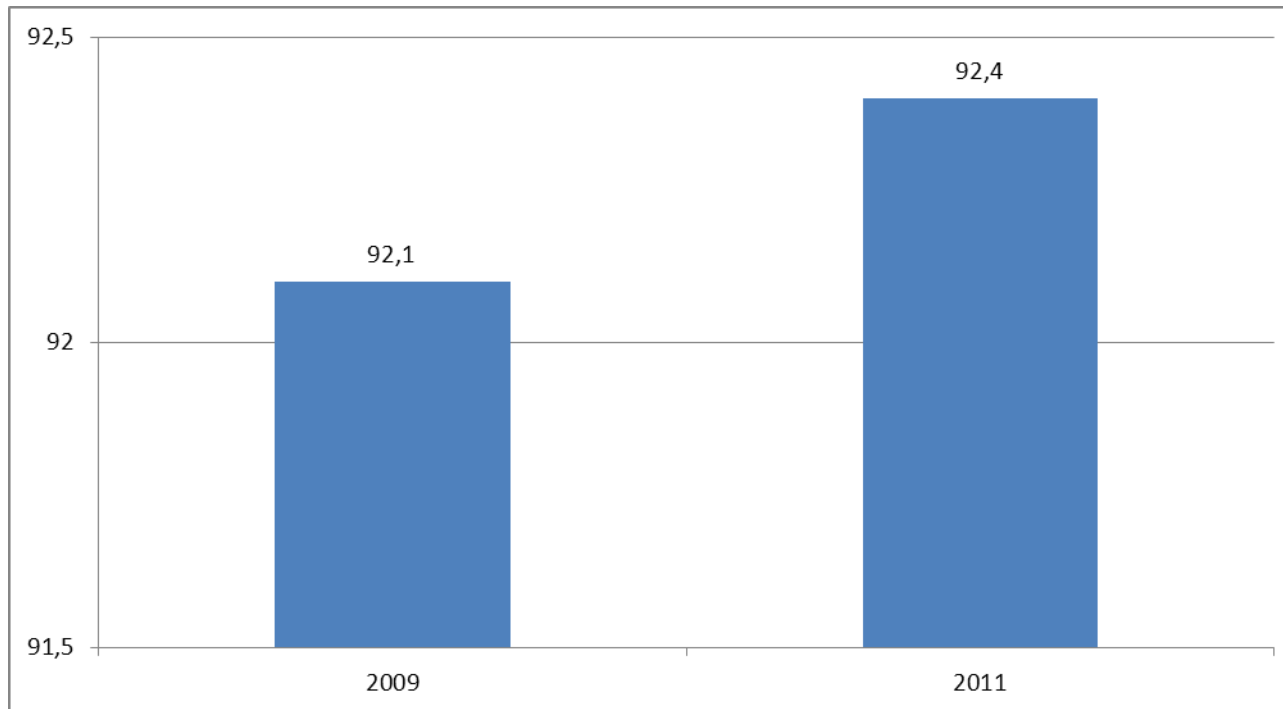
	Усього
Відсоток медичних установ, які забезпечують тестування на ВІЛ та консультування	21,11
Чисельник: кількість медичних установ, які забезпечують тестування на ВІЛ та консультування	1712
Знаменник*: загальна кількість медичних установ	8110



*** Методологія розрахунку знаменника в цьому звіті була переглянута та вдосконалена**

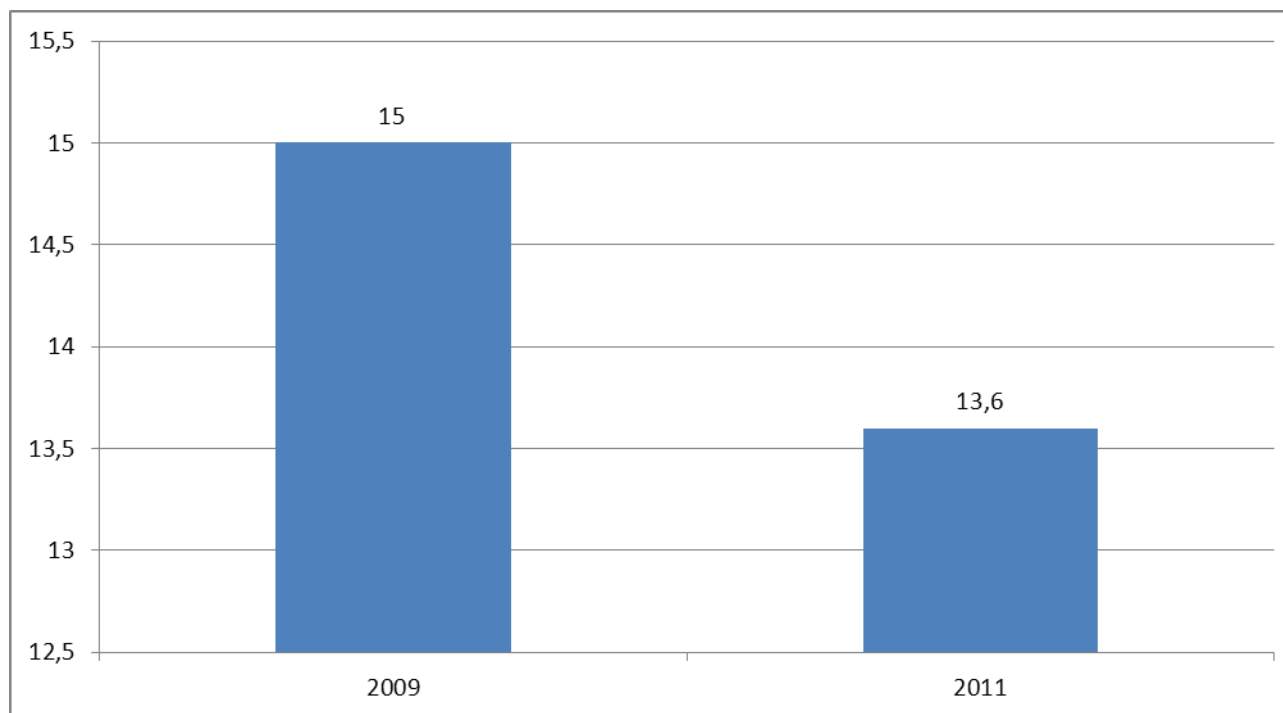
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 1.17 Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги і пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні жіночої консультації

	Усього
Відсоток жінок, які мали доступ до допологової допомоги і пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні жіночої консультації	92,4
Чисельник: кількість жінок, які пройшли тестування на сифіліс при першому відвідуванні жіночої консультації	457434
Знаменник: загальна кількість жінок, які отримували допологову допомогу	495250



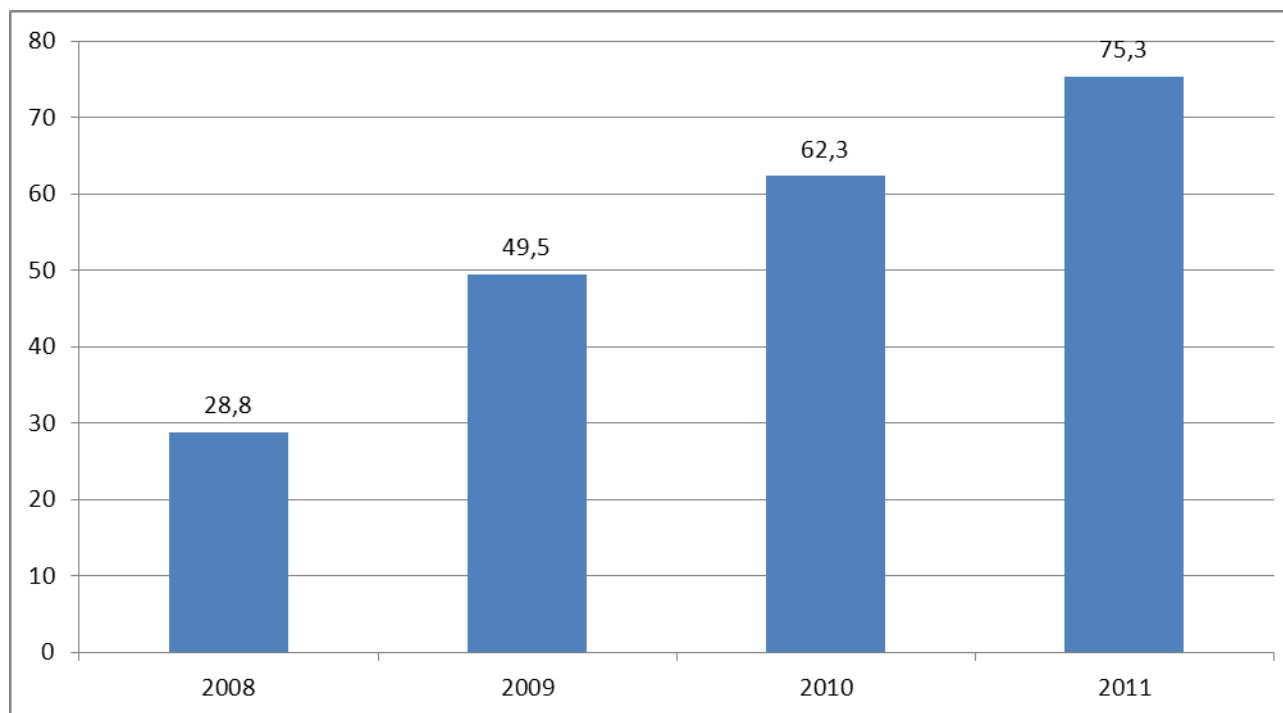
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 1.21 Відсоток засуджених, які є ВІЛ-інфікованими

	Усього	Чоловіки	Жінки	Віком <25	Віком 25+
Відсоток засуджених, які є ВІЛ-інфікованими	13,62	10,09	33,0	6,42	17,31
Чисельник: кількість засуджених, які отримали позитивний результат тестування	177	111	66	28	149
Знаменник: загальна кількість засуджених у вибірці	1300	1100	200	436	861



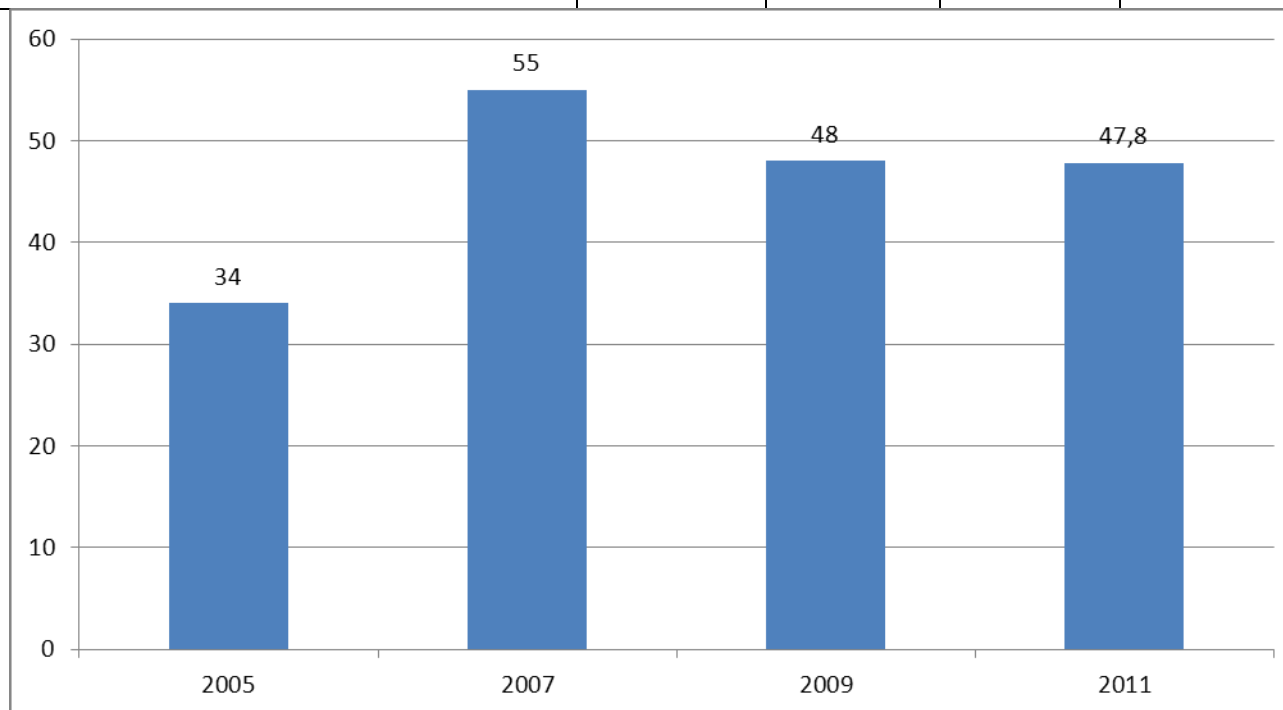
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.1 Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голочок та шприців за рік

	Усього
Кількість розданих шприців на одного споживача ін'єкційних наркотиків за програмами обміну голочок та шприців за рік	75,33
Чисельник: кількість шприців, що були розповсюджені за останні 12 місяців за програмами обміну голочок та шприців	21847120
Знаменник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримували шприци за програмами обміну голочок та шприців	290000



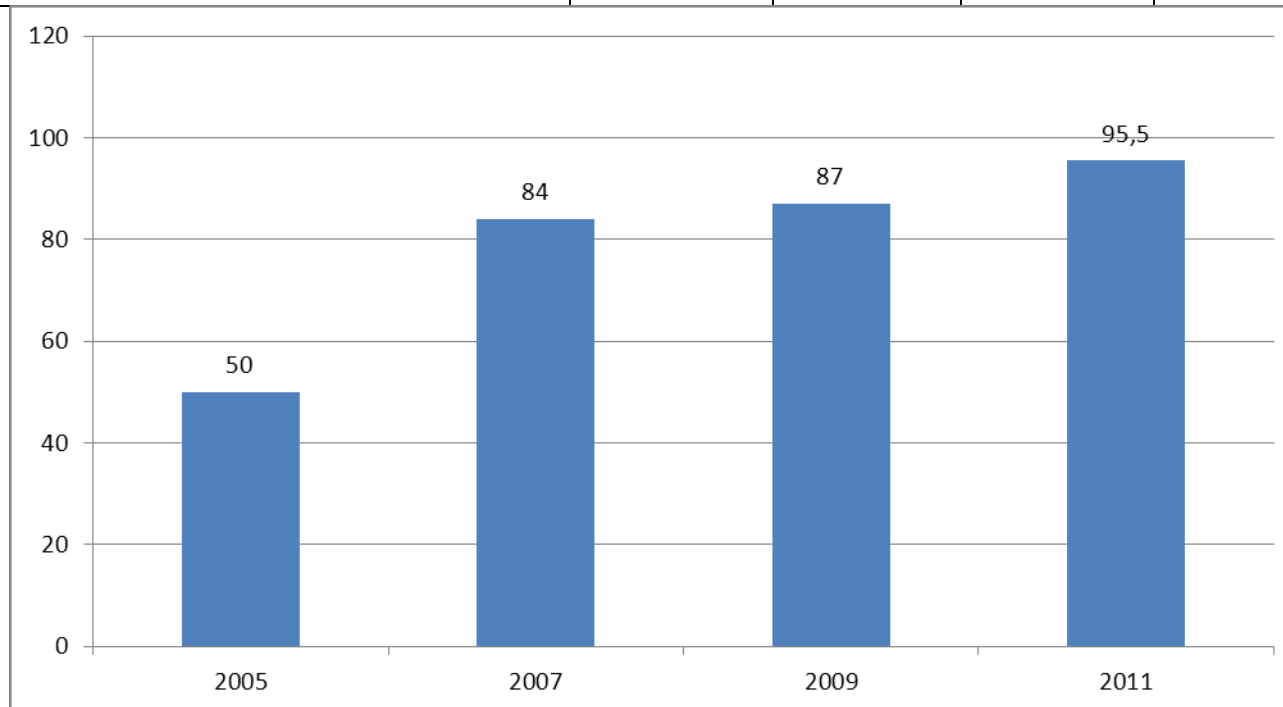
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.2 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту

	Усього	Чоловіки	Жінки	Віком <25	Віком 25+
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту	47,79	48,2	46,72	58,3	45,62
Чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту	3834	2779	1055	801	3033
Знаменник: загальна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом та статевий контакт в останньому місяці	8023	5765	2258	1374	6649



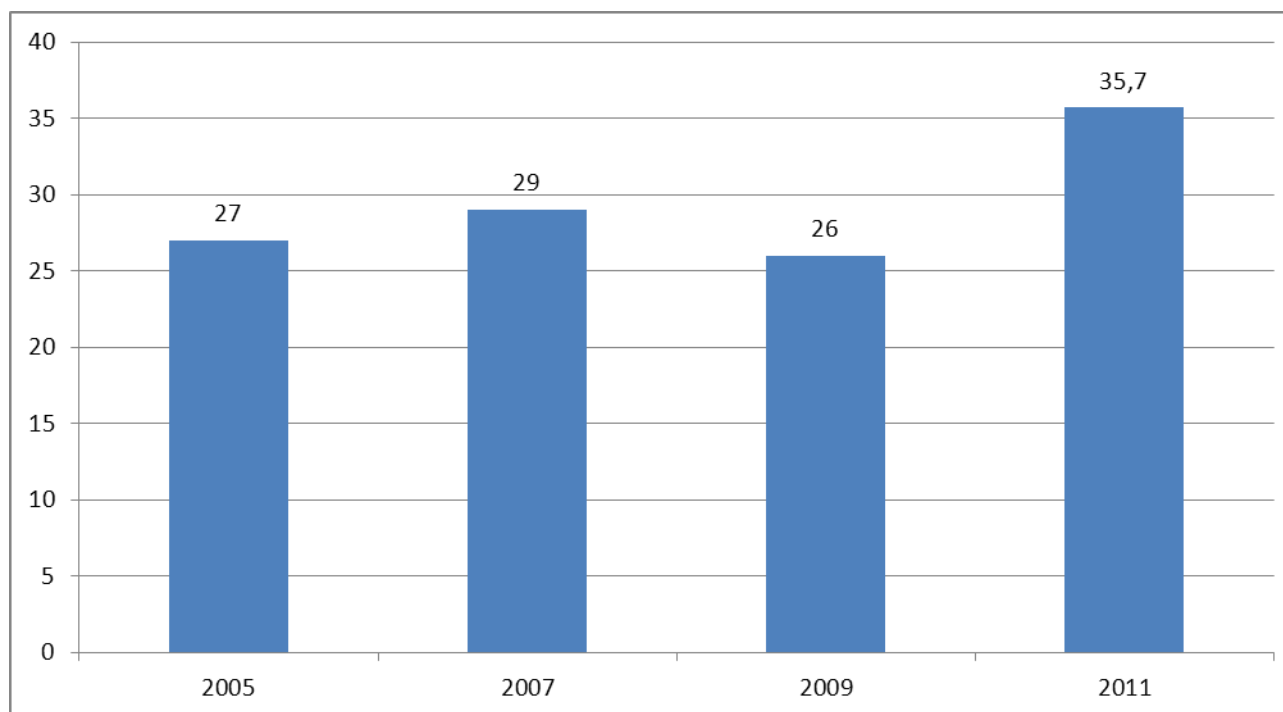
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.3 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції

	Усього	Чоловіки	Жінки	Віком <25	Віком 25+
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	95,52	95,47	95,66	94,56	95,71
Чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	8663	6280	2383	1426	7237
Знаменник: загальна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом в останньому місяці	9069	6578	2491	1508	7561



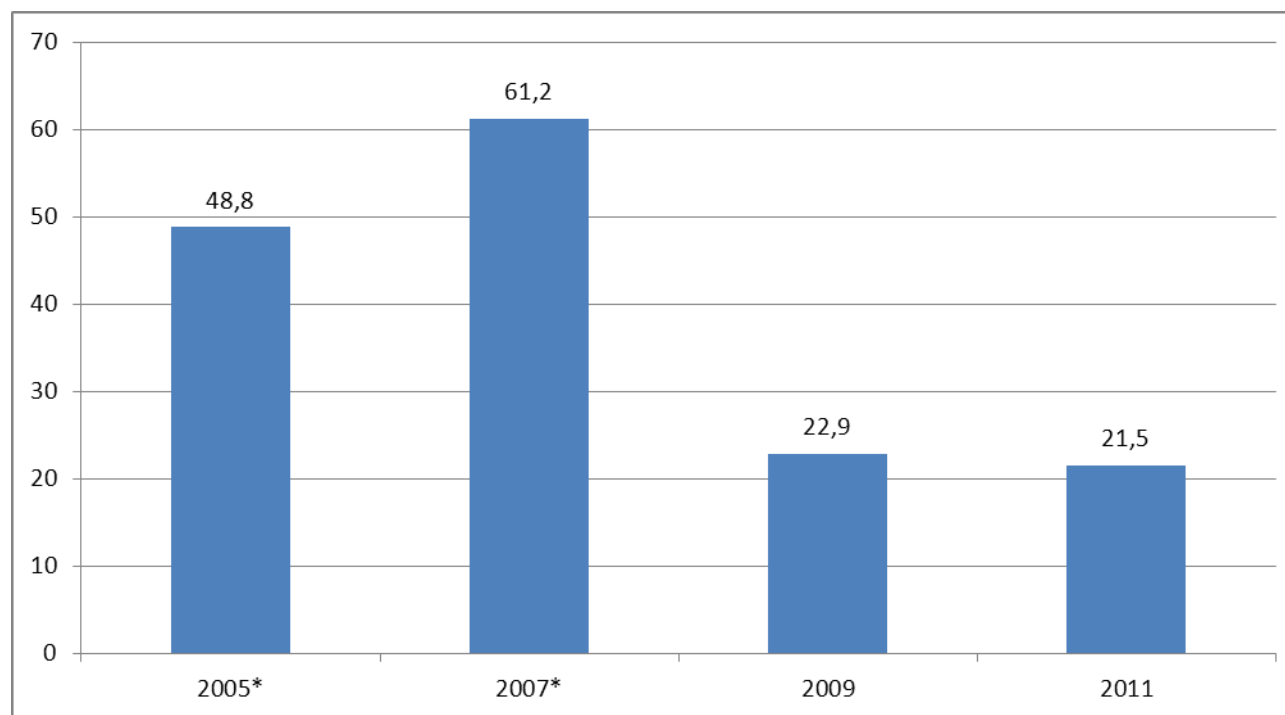
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.4 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати

	Усього	Чоловіки	Жінки	Віком <25	Віком 25+
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	35,74	34,10	40,06	34,85	35,91
Чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків (респондентів), які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	3241	2243	998	527	2714
Знаменник: загальна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які взяли участь в опитуванні	9069	6578	2491	1512	7557



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.5 Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ

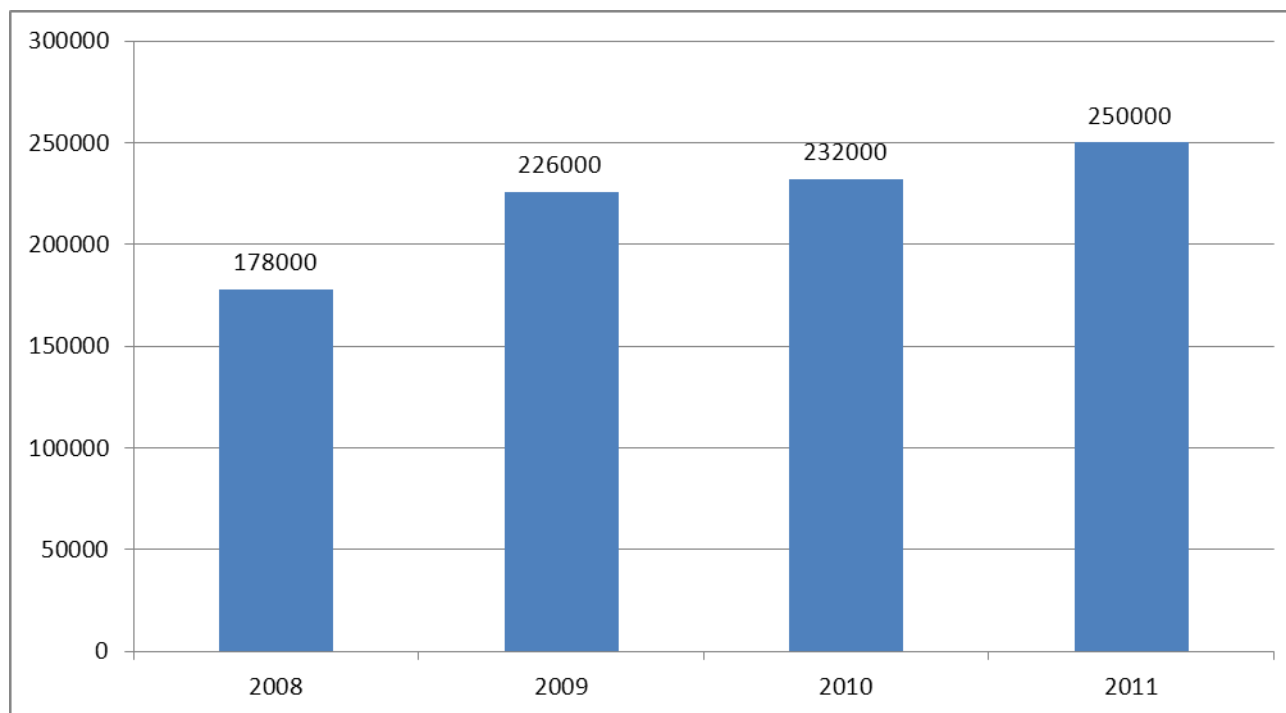
	Усього	Чоловіки	Жінки	Віком <25	Віком 25+
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ	21,53	20,77	23,56	7,14	24,41
Чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які мали позитивний результат тестування на ВІЛ	1953	1366	587	108	1845
Знаменник: загальна кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ	9069	6578	2491	1512	7557



* Показник розрахований за даними дозорних епідеміологічних досліджень у м. Київ

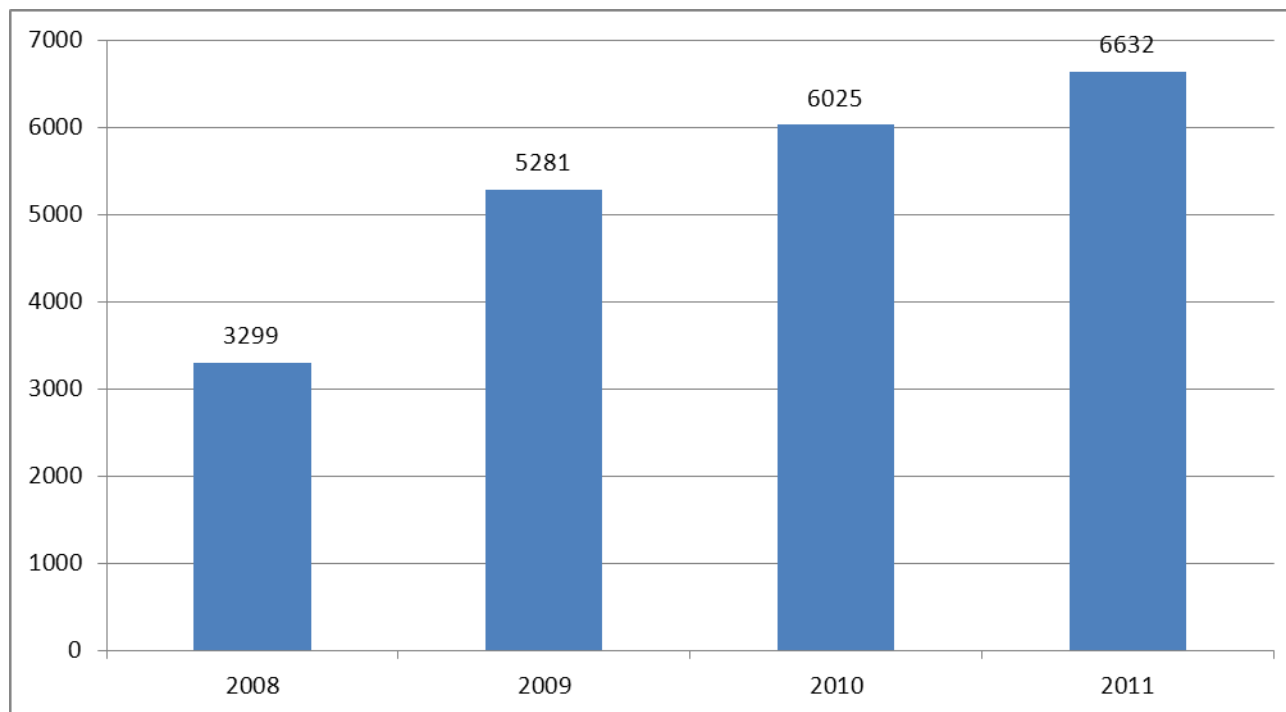
ЗНАЧЕННЯ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.6(а) Оціночна кількість споживачів опіатів (ін'єкційних)

Оціночна кількість споживачів опіатів (ін'єкційних): 250 000



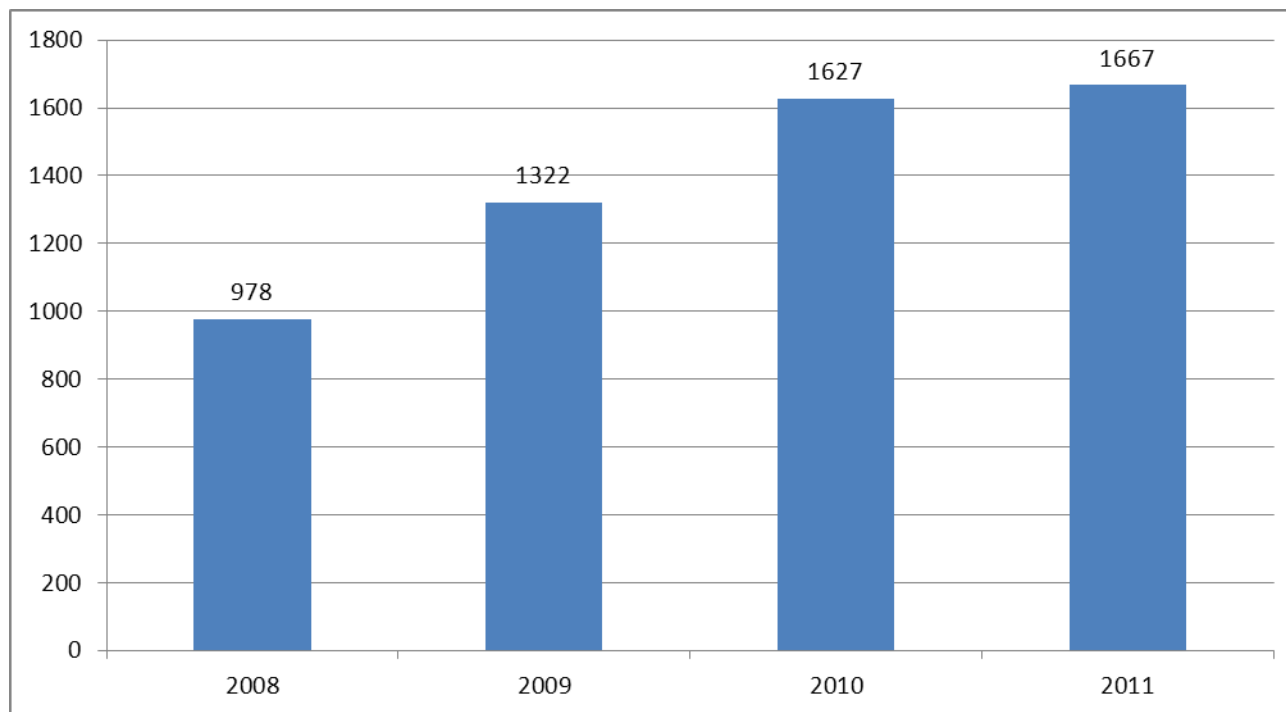
ЗНАЧЕННЯ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.6(b) Кількість людей на замісній терапії на всіх сайтах ЗПТ

Кількість людей на замісній терапії на всіх сайтах ЗПТ: 6632



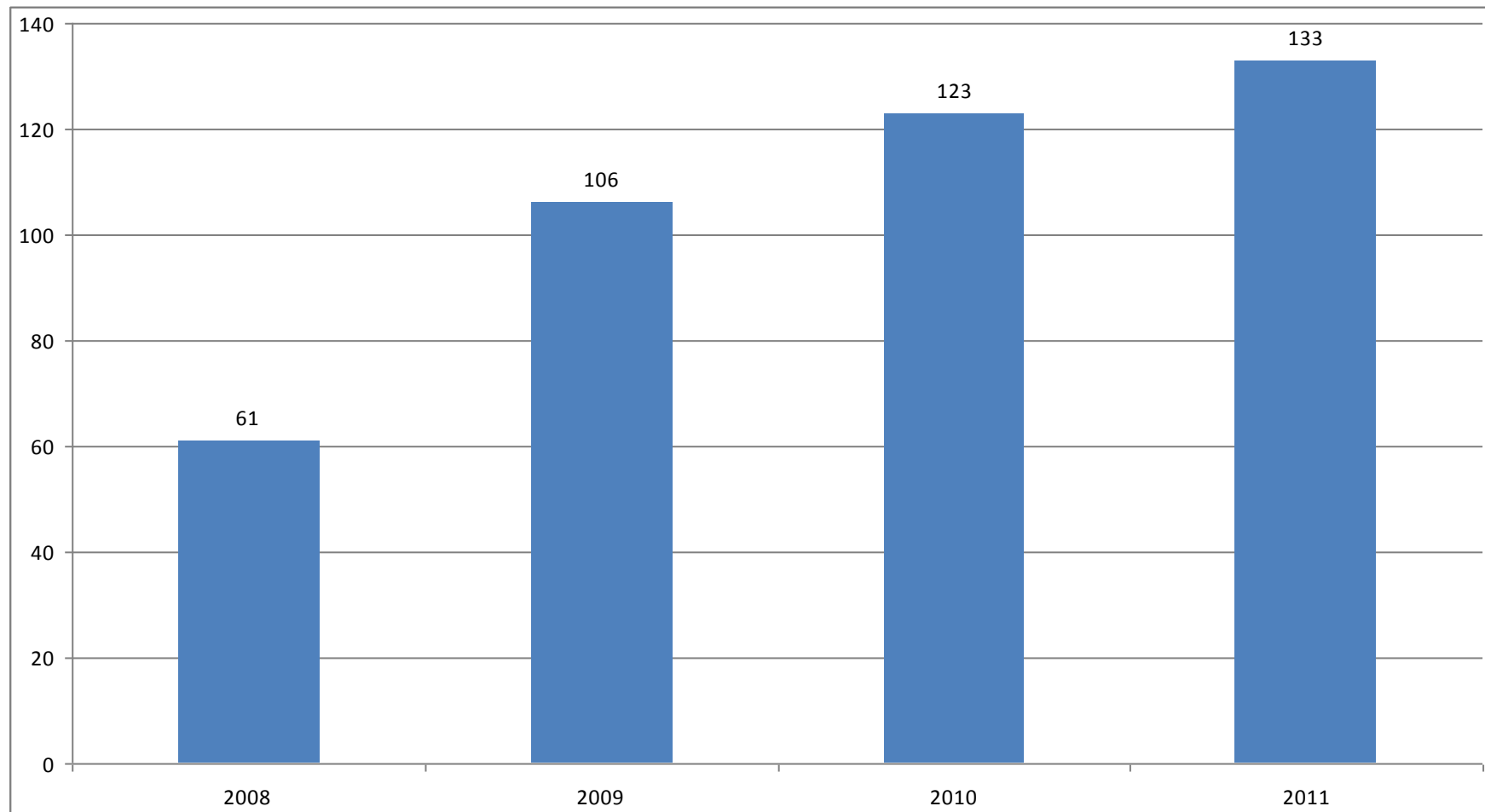
ЗНАЧЕННЯ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.7(а) Кількість сайтів з програми обміну голок та шприців (включаючи аптеки, що безкоштовно надають голки та шприці)

Кількість сайтів з програми обміну голок та шприців (включаючи аптеки, що безкоштовно надають голки та шприці): 1667



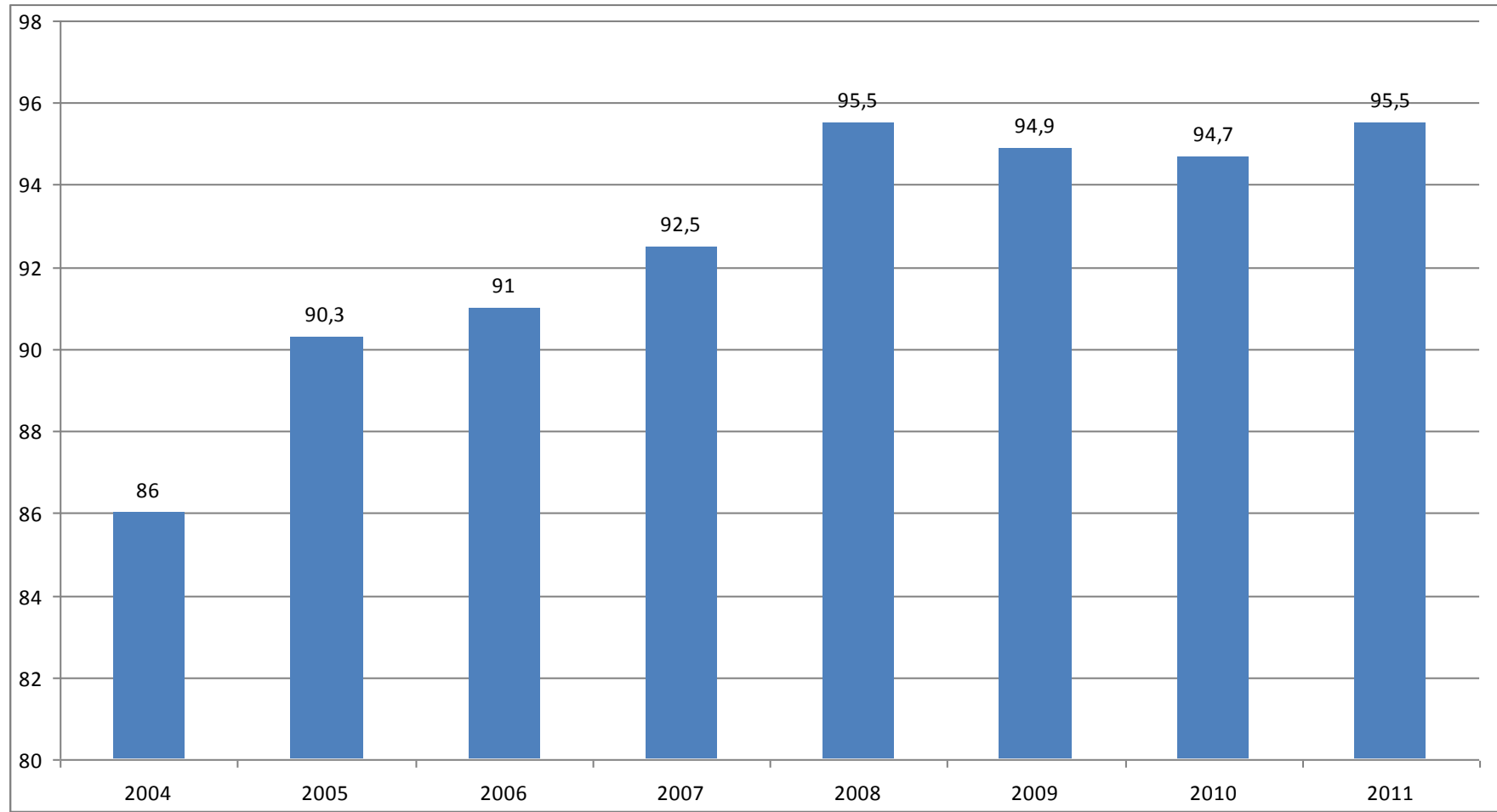
ЗНАЧЕННЯ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 2.7(b) Кількість сайтів з надання опіоїдної замісної терапії

Кількість сайтів з надання опіоїдної замісної терапії: 133



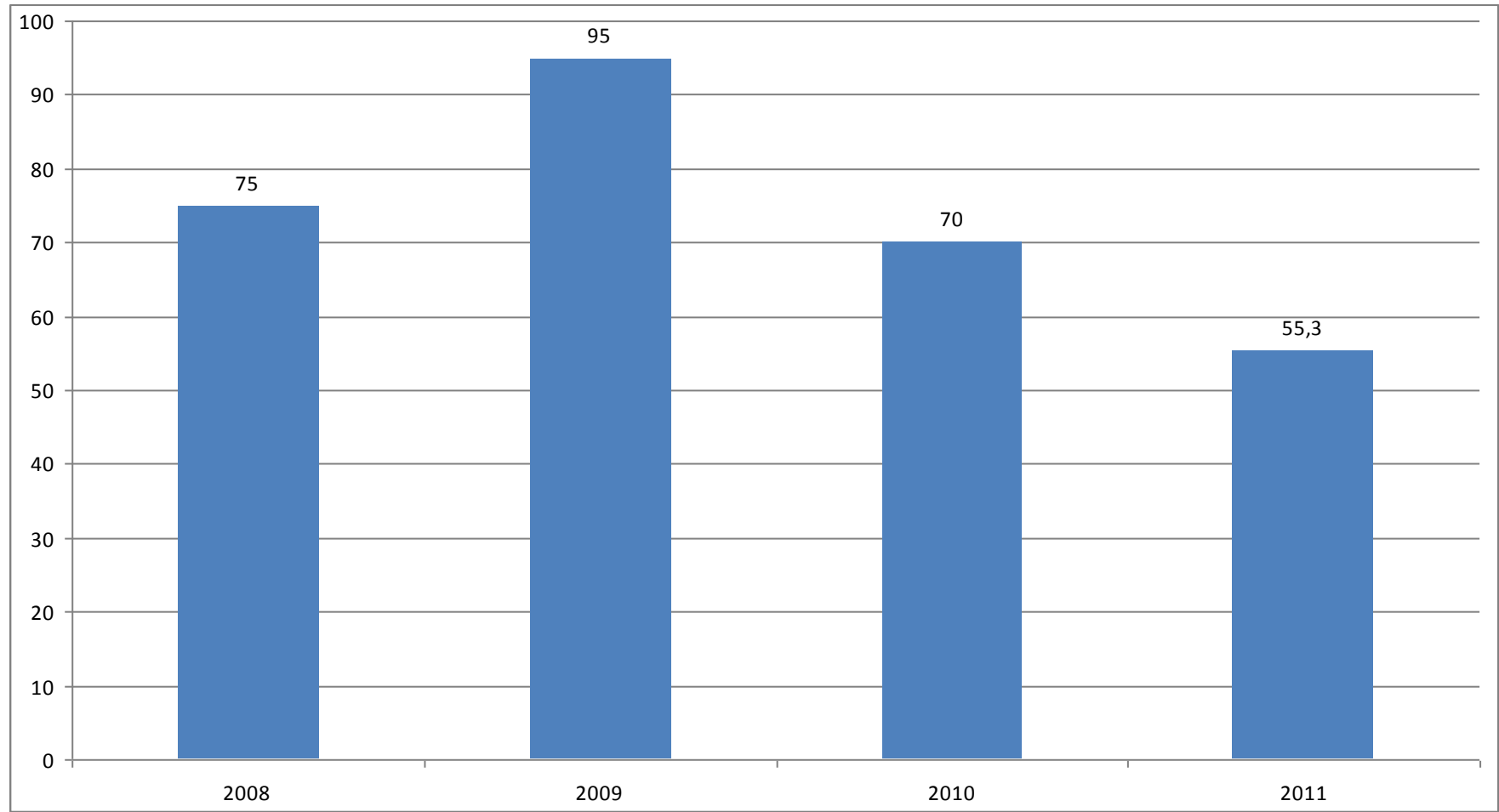
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 3.1 Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини

	Усього	Отримували одну дозу невірапіну	Отримували АРТ-лікування	Інший режим
Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	95,53	4,34	20,56	70,63
Чисельник: кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали за останні 12 місяців антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	3763	171	810	2782
Знаменник: загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок на обліку	3939	3939	3939	3939



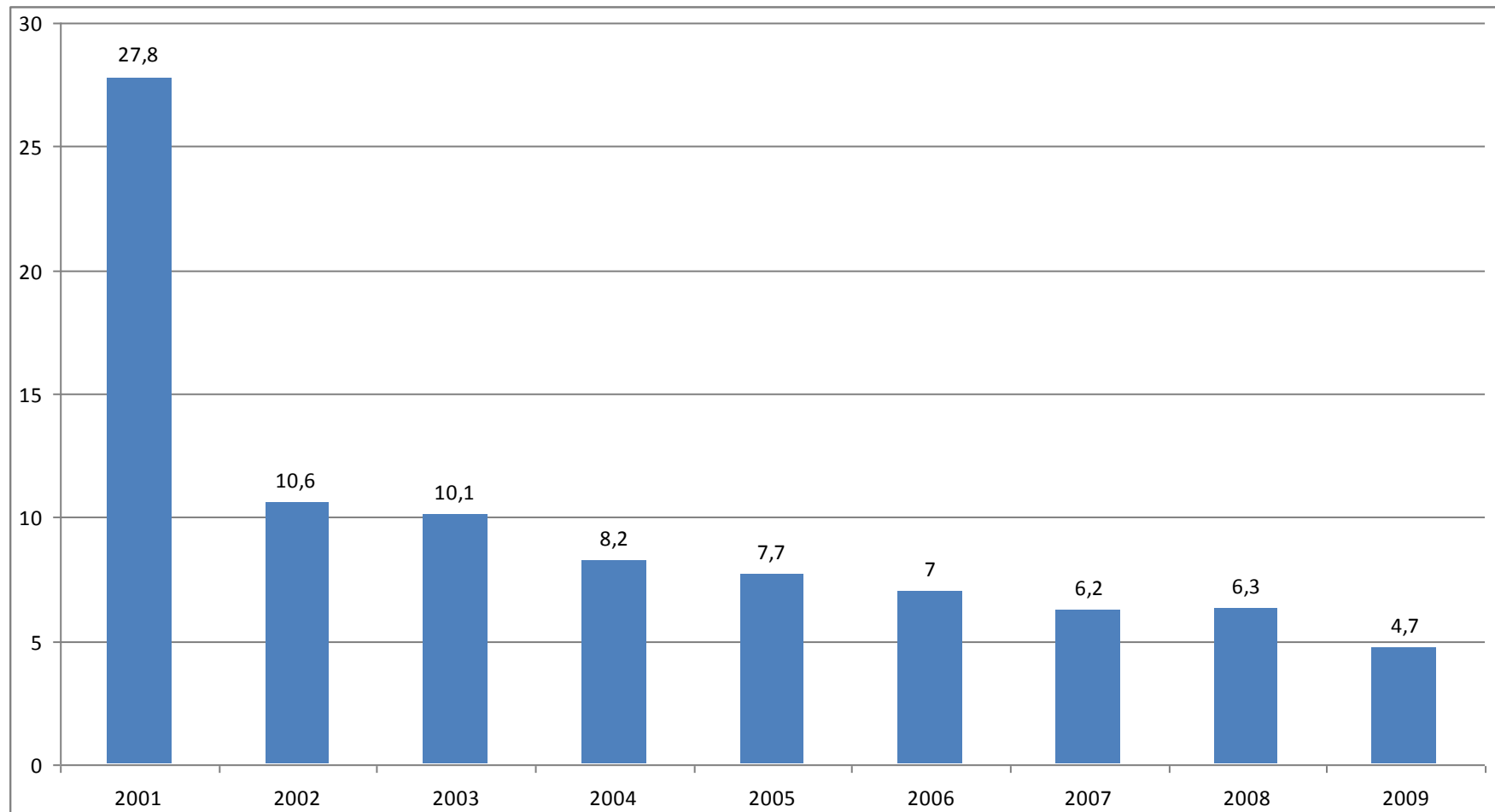
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 3.2 Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження

	Усього	Позитивні результати тесту	Негативні результати тесту	Невизначені результати тесту
Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, які пройшли вірусологічне тестування на ВІЛ протягом перших 2 місяців від народження	55,26	1,37	53,78	0,1
Чисельник: кількість дітей, які отримали тестування на ВІЛ протягом 2 місяців після народження	2176	54	2118	4
Знаменник: кількість дітей, які були народжені ВІЛ-інфікованими вагітними жінками за останні 12 місяців	3938	3938	3938	3938



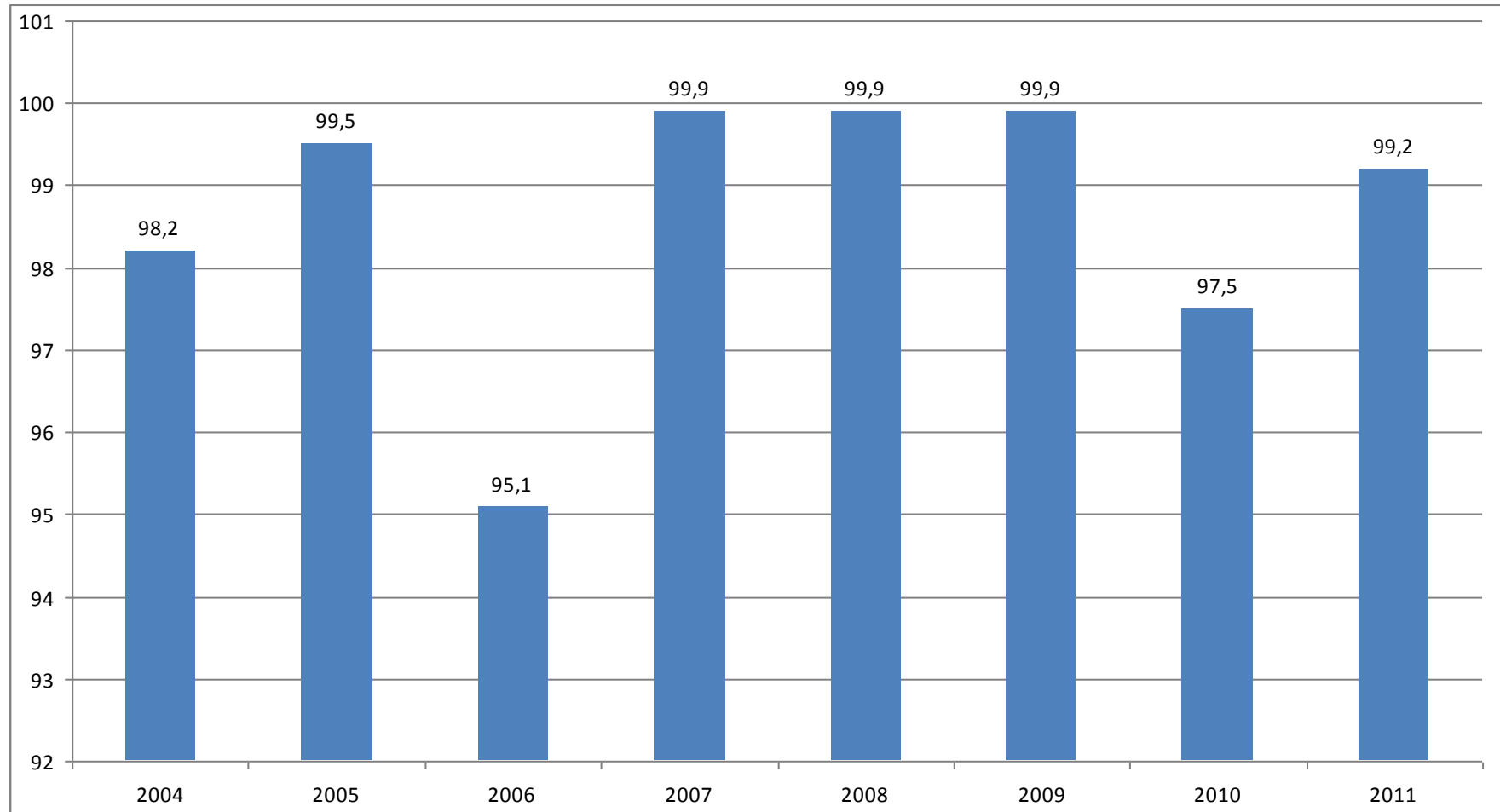
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 3.3 Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини

		Усього
Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини		4,67
Чисельник:	кількість дітей, яким було поставлено діагноз ВІЛ-інфекція, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	169
Знаменник:	загальна кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями у звітний період	3938



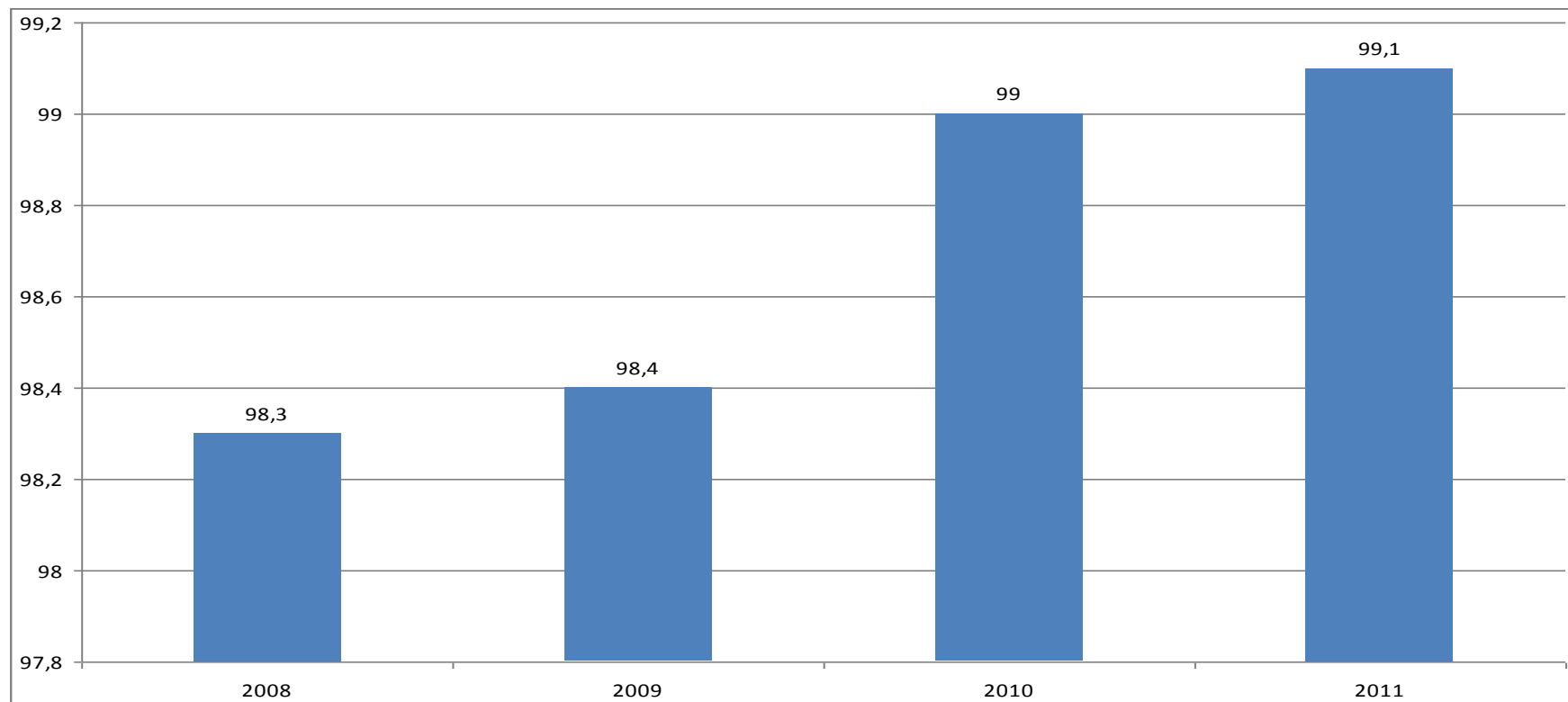
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 3.4 Відсоток вагітних жінок, які пройшли тестування на ВІЛ та одержали свої результати - під час вагітності, пологів і під час післяпологового періоду (<72 годин), у тому числі ті, хто раніше знав про свій ВІЛ-статус

	Усього
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 знав про свій ВІЛ-статус	99,21
Чисельник: кількість 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 знав про свій ВІЛ-статус	491328
Знаменник: загальна кількість вагітних жінок на обліку	495250



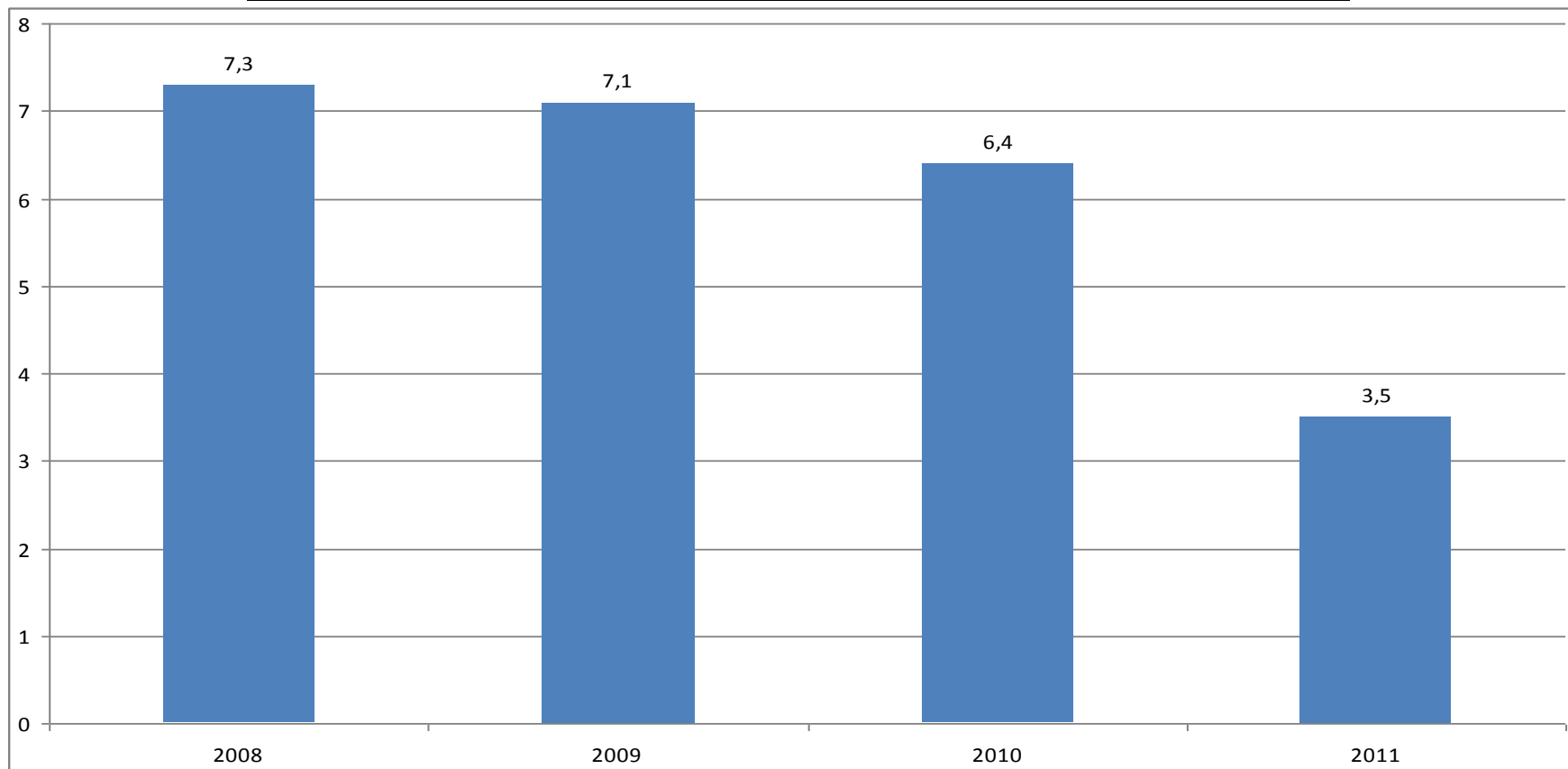
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 3.7 Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі від матері до дитини під час вагітності та пологів (рання частота передачі у віці шість тижнів)

		Усього
Відсоток дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі від матері до дитини під час вагітності та пологів (рання частота передачі у віці шість тижнів)		99,14
Чисельник:	кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які отримували антиретровірусну профілактику з метою зниження ризику передачі від матері до дитини під час вагітності та пологів (рання частота передачі у віці шість тижнів)	3904
Знаменник:	загальна кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями у звітний період	3938



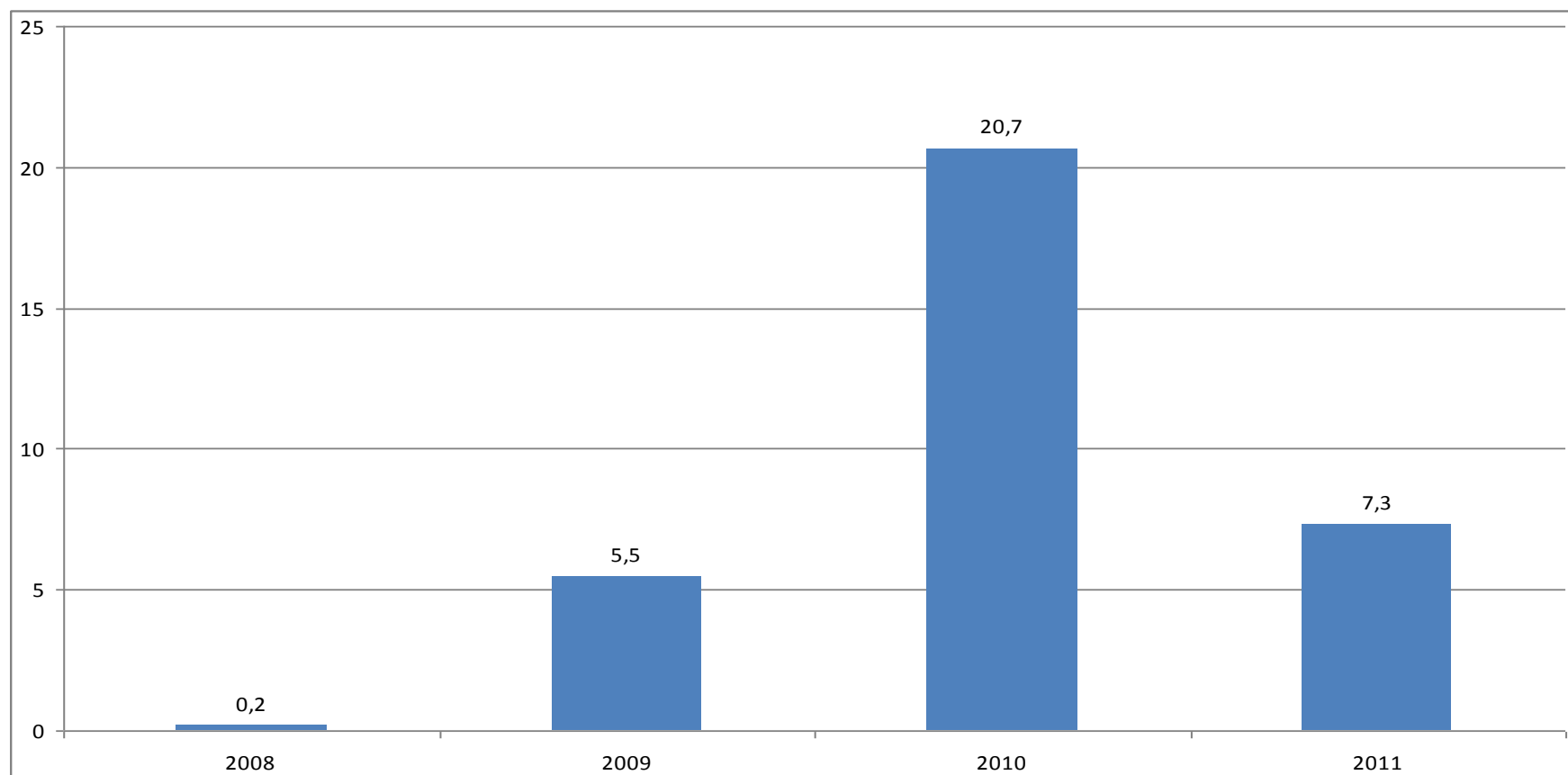
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 3.13 (а) Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які були споживачами ін'єкційних наркотиків

		Усього
Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які були споживачами ін'єкційних наркотиків		3,47
Чисельник:	кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які були споживачами ін'єкційних наркотиків	151
Знаменник:	загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які були на обліку у звітний період	4351



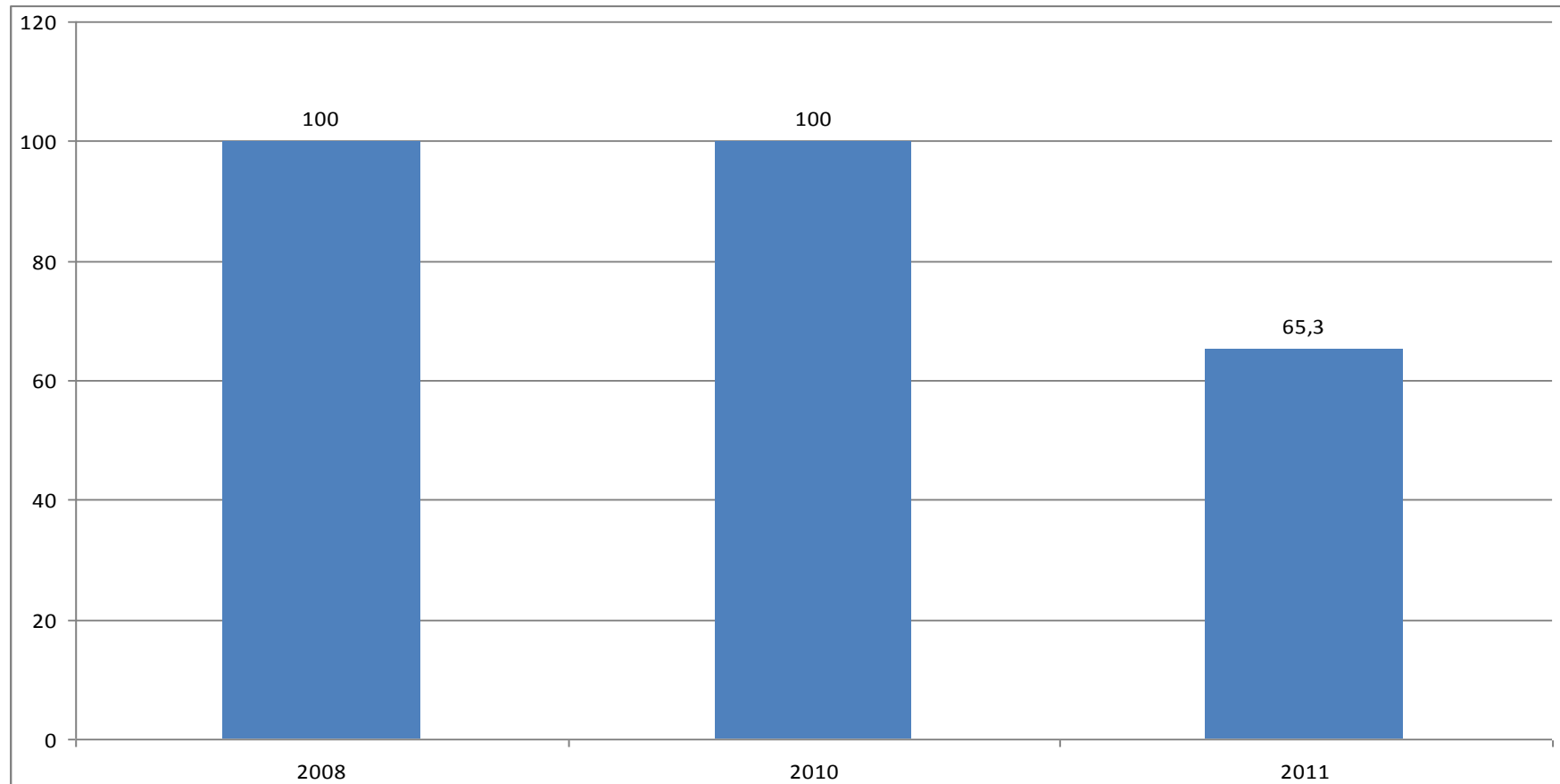
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 3.13 (b) Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які отримували замісну терапію під час вагітності

	Усього
Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які отримували замісну терапію під час вагітності	7,34
Чисельник: кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які отримували замісну терапію під час вагітності	29
Знаменник: загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які були на обліку у звітний період	395



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 3.13 (с) Відсоток ВІЛ-інфікованих породіль СІН, які отримували АРВ для зниження ризику передачі від матері дитині під час вагітності

		Усього
Відсоток ВІЛ-інфікованих породіль СІН, які отримували АРВ для зниження ризику передачі від матері дитині під час вагітності		65,33
Чисельник:	кількість ВІЛ-інфікованих породіль СІН, які отримували АРВ для зниження ризику передачі від матері дитині під час вагітності	228
Знаменник:	загальна кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок СІН, які народжували у звітний період	349

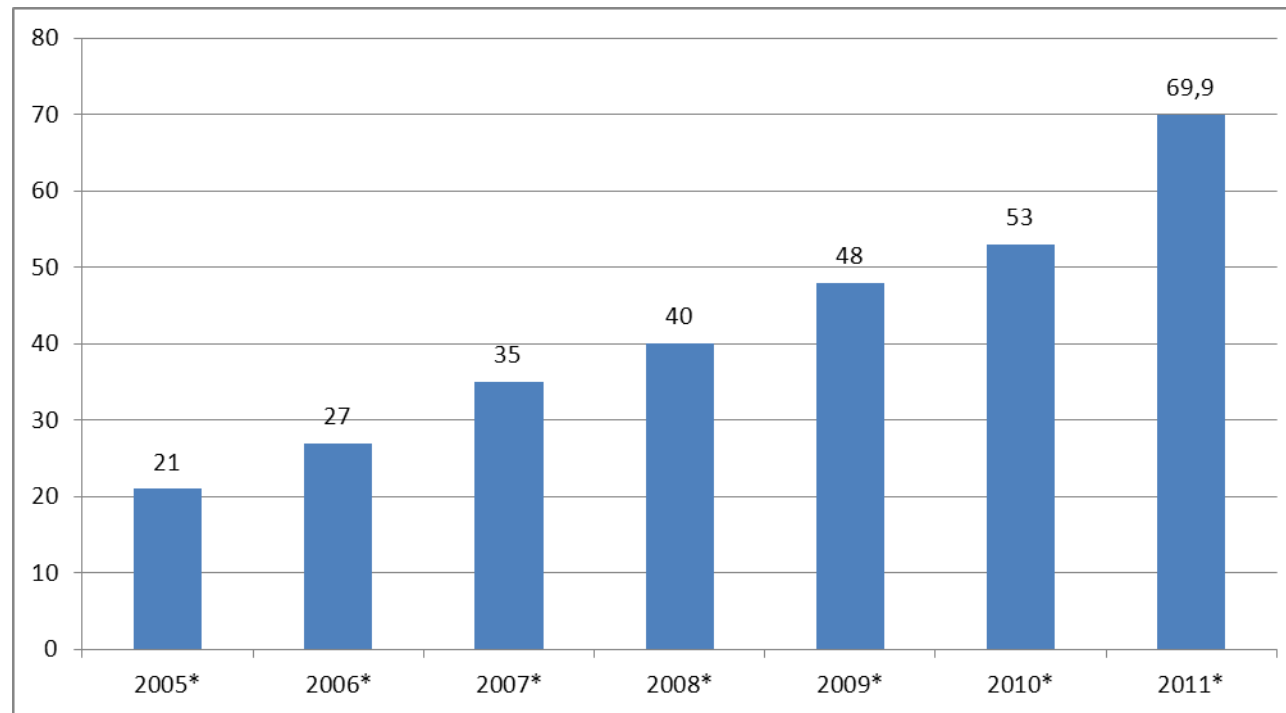


ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 4.1 (b) Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування і які на теперішній час його отримують

	Усього	Чоловіки	Жінки	Віком <25	Віком 25+
Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування і які на теперішній час його отримують (від диспансерної групи)	69,89	69,31	70,52	94,26	68,26
Чисельник: кількість дорослих та дітей з просунутою стадією ВІЛ, які отримують антиретровірусну терапію на кінець звітного періоду	26720	13809	112911	2268	24452
Знаменник: кількість ВІЛ-інфікованих людей, які потребують АРТ та перебувають на диспансерному обліку	38230	19923	18307	2406	35824

	Усього
Відсоток дорослих та дітей, які відповідають критеріям призначення антиретровірусного лікування і які на теперішній час його отримують (від оціночної чисельності)	21,96
Чисельник: кількість дорослих та дітей з просунутою стадією ВІЛ, які отримують антиретровірусну терапію на кінець звітного періоду	26720
Знаменник: кількість ВІЛ-інфікованих людей, які потребують АРТ за оціночними даними*	121663

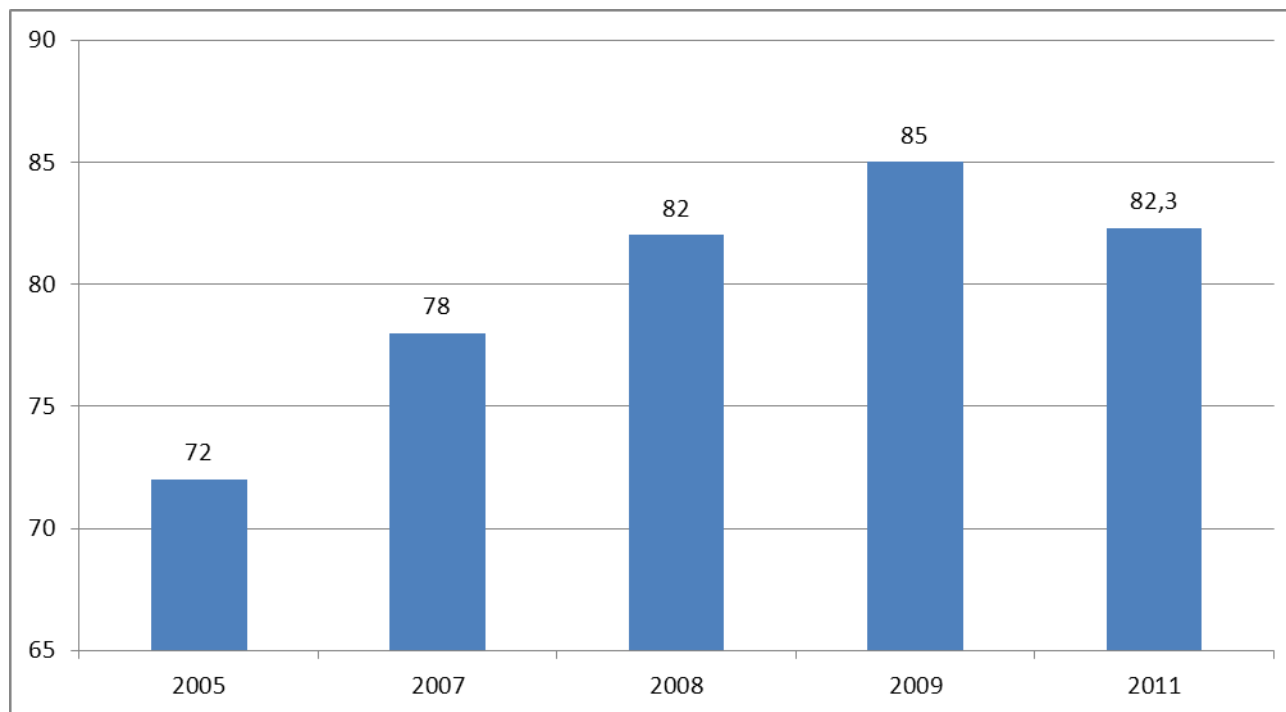
*Оціночні дані отримані робочою експертною групою 28 березня 2012 року.



*Дані були розраховані від чисельності диспансерної групи.

ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 4.2 Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 12 місяців після початку антиретровірусної терапії

	Усього
Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування протягом 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	82,3
Чисельник: кількість дорослих та дітей, які отримують лікування протягом 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	5993
Знаменник: загальна кількість дорослих та дітей, які почали отримувати лікування антиретровірусною терапією за 12 місяців до звітного періоду	7282



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 4.2(a) Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії

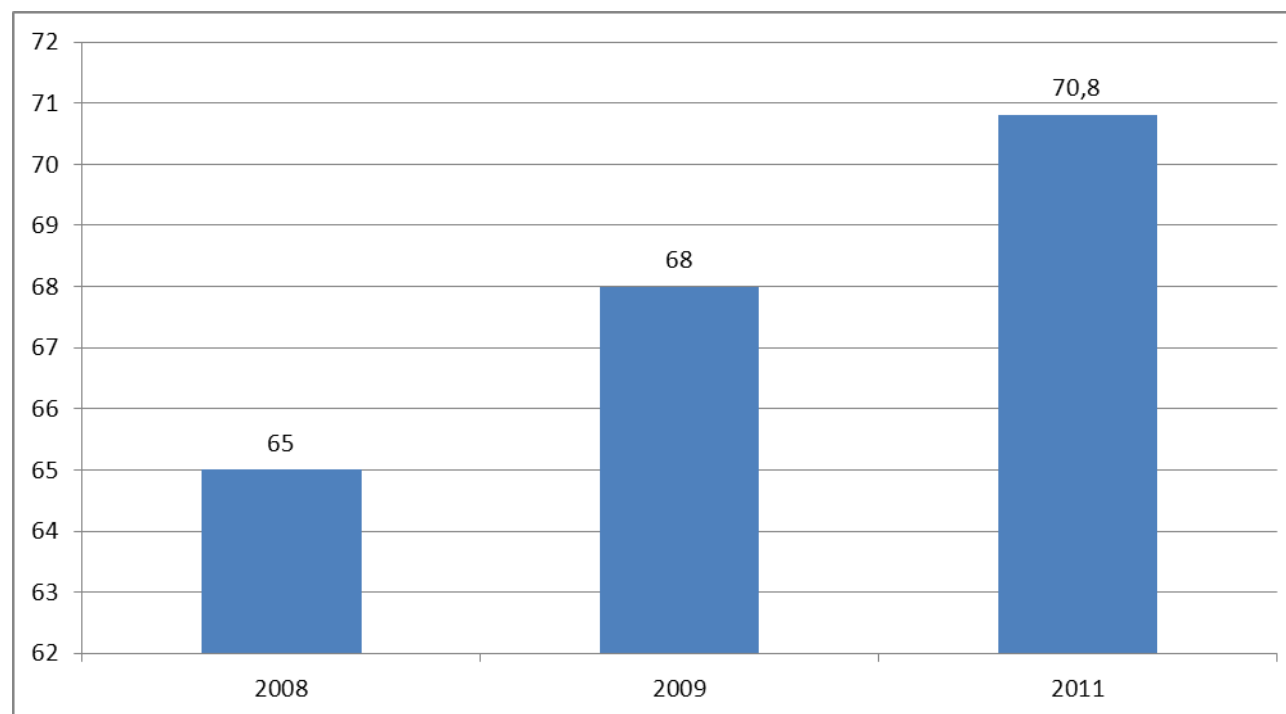
	Усього
Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	73,24
Чисельник: кількість СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	1051
Знаменник: загальна кількість СІН з ВІЛ, які почали отримувати антиретровірусну терапію за 12 місяців до звітного періоду	1435

ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ ПОКАЗНИКА 4.2(d) Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)

	Усього
Відсоток СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)	61,71
Чисельник: кількість СІН з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)	448
Знаменник: загальна кількість СІН з ВІЛ, які почали отримувати антиретровірусну терапію у 2006 р.	726

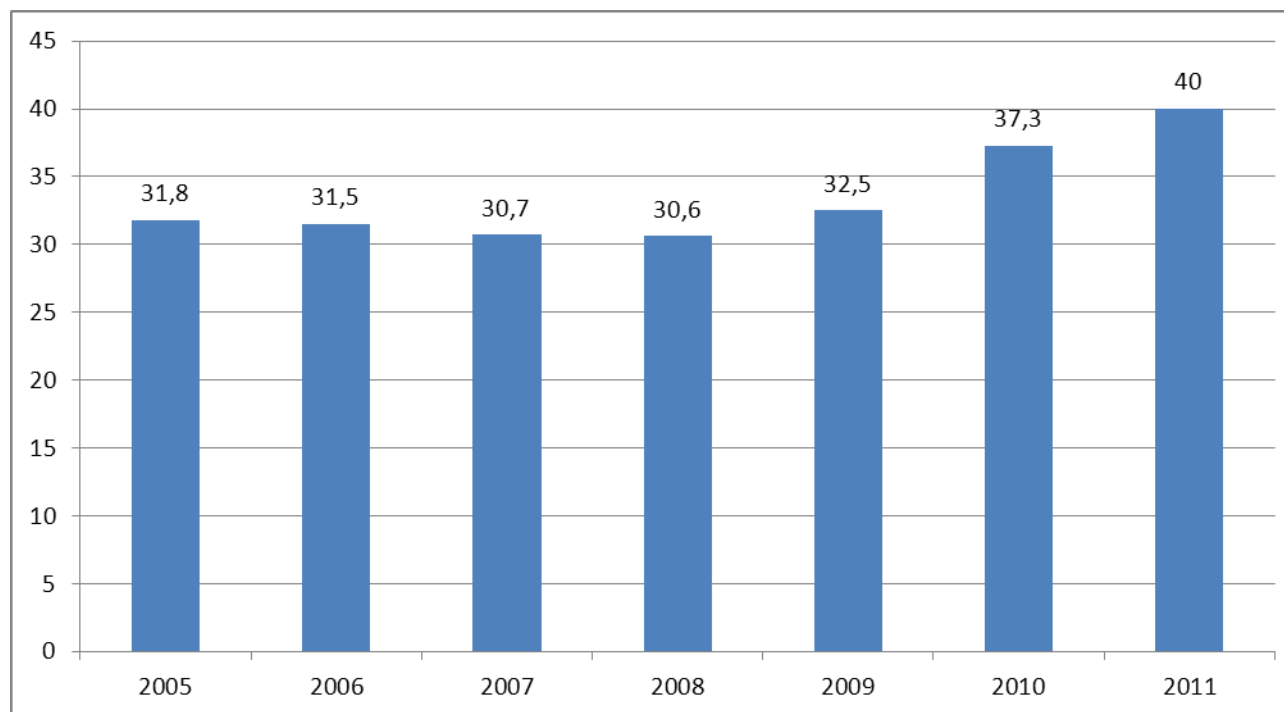
ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 4.2(с) Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)

	Усього
Відсоток дорослих та дітей з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)	70,77
Чисельник: кількість дорослих та дітей з ВІЛ, які перебувають на лікуванні через 60 місяців після початку антиретровірусної терапії (серед тих, хто почав антиретровірусну терапію у 2006 р.)	1433
Знаменник: загальна кількість дорослих та дітей з ВІЛ, які почали отримувати антиретровірусну терапію у 2006 р.	2025



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 4.5 Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією, які потребують антиретровірусної терапії на момент постановки діагнозу

	Усього
Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією, які потребують антиретровірусної терапії на момент постановки діагнозу	39,98
Чисельник: кількість людей з ВІЛ-інфекцією, які потребують антиретровірусної терапії на момент постановки діагнозу	8467
Знаменник: загальна кількість нових випадків ВІЛ у звітному періоді	21177



ДЕТАЛІЗАЦІЯ ЗНАЧЕНЬ І ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА 5.1 Відсоток від оціночного числа ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції

	Усього
Відсоток від оціночного числа ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз, які отримували лікування як від туберкульозу, так і від ВІЛ-інфекції	35,73
Чисельник: кількість людей з просунутою стадією ВІЛ, які отримували АРТ і отримували лікування туберкульозу у звітний період	2144
Знаменник: оціночна кількість хворих на туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ*	6000

*Дані надані Бюро ВООЗ в Україні за 2010 рік.

