



ЦЕНТР ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ

Звіт за результатами реалізації

“Дослідження факторів, що впливають на пізню діагностику ВІЛ-інфекції в Україні”

**Дослідження реалізоване державною установою “Центр громадського здоров’я
Міністерства охорони здоров’я України”**

Київ, 2026



Зміст

Зміст	2
Список скорочень	3
Рекомендоване цитування.....	4
Вступ	5
Актуальність	5
Мета і цілі дослідження.....	5
Дизайн та методологія	6
Географія та цільова група.....	6
Терміни проведення дослідження	7
Результати кількісного компоненту дослідження	7
Опис загального масиву	7
Порівняння поміж групами	12
Висновки до кількісного компоненту дослідження:	22
Результати якісного компоненту дослідження	23
Висновки до якісного компоненту дослідження.....	28
Рекомендації.....	29



Список скорочень

АРТ – антиретровірусна терапія

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

МІС МСЗХ – Медична інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб»

ЛЖВ – люди, які живуть з ВІЛ

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ЦГЗ – Центр громадського здоров'я МОЗ України

ЗОЗ – Заклад охорони здоров'я

НУО – неурядова організація

ЧСЧ – чоловіки, що мають секс з чоловіками

ЛВНІ – люди що вживають наркотики ін'єкційно

ЦКПХ – Центр контролю та профілактики хвороб

ФГД – фокус-групова дискусія

БПР – безперервний професійний розвиток

ПМСД - первинна медико-санітарна допомога

Рекомендоване цитування

Кочегарова Д., Рябоконь С., Гетьман Л. Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Дослідження «Дослідження факторів, що впливають на пізню діагностику ВІЛ-інфекції в Україні» Київ, 2026.

Відмова від відповідальності: результати та висновки, викладені в цьому звіті, належать авторам і не обов'язково відображають офіційну позицію донорів та міжнародних партнерів в межах проєктів міжнародної співпраці.

В рамках дотримання Закону України №2811-ІХ від 15.04.2023 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» розміщених на сайті установи або наданих за запитом, можливе за умови посилання на першоджерело із зазначенням назви державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», надання електронного посилання на веб-сторінку з використаною інформацією, та посилання на опубліковану працю державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (протокол, дослідження, звіт, стаття), яка є джерелом інформації за зразком нижче. Опублікування або інший спосіб оприлюднення цього тексту, зображень з нього та/або даних, повністю або частково, під іменем особи, яка не є автором, порушує авторські права та є плагіатом, за що передбачено три види відповідальності: цивільна (відшкодування збитків та/або моральної шкоди; стягнення доходу), адміністративна (виплата штрафу) і кримінальна (позбавлення волі на строк до 2-5 років).

До плагіату належить:

- 1) використання тексту чи графічних даних іншого автора без змін, без цитування та привласнення роботи (copy & paste plagiarism),
- 2) поєднання різних фрагментів текстів або речень для формування нового тексту без цитування, таким чином подаючи його як власні думки (shake & paste plagiarism),
- 3) подання ідей іншого автора своїми словами, без посилання на джерело (idea plagiarism), а також
- 4) переклад оригінального тексту з іншої мови без посилання на джерело (translation plagiarism).

Вступ

Пізньою діагностикою вважається звернення за медичною допомогою у зв'язку з ВІЛ-інфекцією з рівнем CD4 нижче 350 клітин на мкл або із СНІД-індикаторним захворюванням. Стадія ВІЛ-інфекції при діагностиці є ключовим показником якості програм тестування на ВІЛ. Пізня діагностика ВІЛ-інфекції пов'язана з поганим прогнозом, продовженням передачі ВІЛ та додатковими витратами на охорону здоров'я. Люди з пізньою стадією ВІЛ-інфекції мають високий ризик смерті навіть після початку АРТ, і цей ризик зростає зі зниженням кількості CD4, особливо у випадках, коли кількість CD4 <100 клітин/мм³.

Україна посідає друге місце в Європейському регіоні ВООЗ (серед 53 країн) за оціночною кількістю випадків ВІЛ-інфекції.

Рання діагностика ВІЛ-інфекції та ефективна АРТ можуть:

- Запобігти подальшій передачі ВІЛ
- Запобігти тривалій та наростаючій імуносупресії, пов'язаній з опортуністичними інфекціями та реактивацією латентного туберкульозу.

Актуальність

Несвоєчасна діагностика ВІЛ-інфекції є актуальною проблемою для України. За оцінними даними Центру громадського здоров'я, станом на 01 січня 2023 року в Україні налічувалось близько 257 тисяч ВІЛ-позитивних людей. З них лише 79% знали про свій статус і лише 77% отримували АРТ. Майже половина людей з ВІЛ дізнаються про свій статус на пізніх стадіях. В Україні частка пацієнтів з діагнозом CD4 <200 клітин/мкл зросла з 35,3% у 2022 році до 38% у 2023 році. У зв'язку із повномасштабною війною на території України, охоплення тестуванням на CD4 людей з уперше діагностованою ВІЛ-інфекцією знизилось з 86,2% до 74,4% у 2022 році порівняно з 2021 роком.

Пізня діагностика ВІЛ-інфекції або відмова від обстеження осіб з відомим ВІЛ-позитивним статусом призводить до подальшого поширення ВІЛ серед населення. Збільшення кількості ЛЖВ, які отримують АРТ, є основним фактором стримування поширення ВІЛ-інфекції.

Мета і цілі дослідження

Основною метою даного дослідження було виявлення факторів, що призводять до пізньої діагностики ВІЛ-інфекції та визначення їх поширеності серед осіб, які звертаються за медичною допомогою. Окрім того дослідження мало на меті провести порівняння досвіду встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція поміж ЛЖВ яким було встановлено діагноз своєчасно та тими, в кого ВІЛ-інфекція була встановлена пізно.

Основними цілями реалізації даного дослідження були:

1. Описати соціальні, демографічні та географічні характеристики ЛЖВ, пов'язані з пізнім діагностуванням ВІЛ-інфекції (на основі кількості CD4 на момент встановлення діагнозу);



2. Визначити бар'єри та фактори, що обмежують тестування на ВІЛ осіб, які мають клінічні або епідеміологічні показання для тестування на ВІЛ. Визначити втрачені можливості тестування на ВІЛ серед ЛЖВ, які звернулися до закладів охорони здоров'я у 2024-2025 рр.;
3. Визначити напрямки для покращення надання послуг з тестування на ВІЛ.

Дизайн та методологія

Дослідження мало змішаний дизайн та поєднувало кількісні та якісні методи збору даних, а також містило крос-секційний та ретроспективний компоненти.

Дослідження складалось з трьох основних компонентів:

1. опитування серед ЛЖВ у ЗОЗ;
2. ретроспективний аналіз даних респондентів, щодо кількості CD4 клітин на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції з МІС МСЗХ;
3. фокус-групова дискусія з експертами у сфері протидії ВІЛ/СНІД.

Охоплення кількісних даних опитування ЛЖВ, щодо їх шляху до встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція, у поєднанні з об'єктивними лабораторними показниками дослідження на визначення кількості CD4 клітин, дало змогу проаналізувати які саме чинники впливали або не впливали на більш раннє встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, та виявити основні прогалини в охопленні послугами тестування на ВІЛ при наданні медичної допомоги пацієнта. В той же час, якісні дані фокус-групової дискусії з медичними працівниками ЗОЗ, що надають послуги з діагностики, профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, надали інформацію щодо можливих шляхів покращення системи раннього виявлення ВІЛ-інфекції серед населення в Україні.

Географія та цільова група

Географія дослідження охоплює різні регіони України, які були представлені закладами охорони здоров'я, що надають послуги для ЛЖВ. Всього в дослідження увійшли 20 областей України та місто Київ. До збору даних дослідження не були залучені тимчасово окуповані території, Луганська область та Автономна республіка Крим, а також Харківська, Дніпропетровська та Тернопільська області.

Критеріями включення ЛЖВ у дослідження для участі в опитуванні, із подальшим ретроспективним аналізом даних з МІС, були:

- Пацієнти, направлені на лікування у 2024 та 2025 роках,
- Надали інформовану згоду на участь в опитуванні
- Мають актуальні дані в МІС МСЗХ
- Мають достовірні дані щодо результатів дослідження на визначення кількості CD4.

Загальний запланований розмір вибірки для кількісного компоненту дослідження становив 400 ЛЖВ, розподілених поміж регіонами України, пропорційно до кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції у 2024 років в кожному регіоні, що був включений у дослідження.

Для учасників якісного компоненту дослідження, а саме участі у фокус-груповій дискусії, були наступні критерії включення:

- фахівці у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ, що працюють у державних ЗОЗ які надають послуги ЛЖВ;
- не менше 1 року досвіду роботи у державному ЗОЗ які надають послуги ЛЖВ;
- надали згоду на участь у ФГД.

Загальна кількість учасників якісного компоненту дослідження становила 8 осіб, що представляли різні регіони України, які були включені в дане дослідження.

Терміни проведення дослідження

Дослідження було реалізоване впродовж 6 місяців 2026 року, з лютого по липень включно. Процес реалізації включав такі етапи:

1. **Підготовчий етап** (лютий - березень 2026). Створення протоколу та інструментарію дослідження, отримання схвалення від Комісії з питань етики, програмування електронної форми для збору даних та рекрутинг ЗОЗ для участі у зборі даних.
2. **Етап збору даних** (квітень - червень 2026). Проведення опитування ЛЖВ медичними працівниками на базі ЗОЗ, проведення фокус-групової дискусії з фахівцями у сфері протидії ВІЛ-інфекції, вивантаження медичних даних для кожного учасника опитування з МІС МСЗХ.
3. **Аналітичний етап** (червень - липень 2026). Здійснення очистки масиву даних опитування та валідації анкет учасників, співставлення даних за унікальним ID пацієнт з медичними записами МІС МСЗХ, здійснення статистичного аналізу кількісних даних та тематичного аналізу якісних даних.

Результати кількісного компоненту дослідження

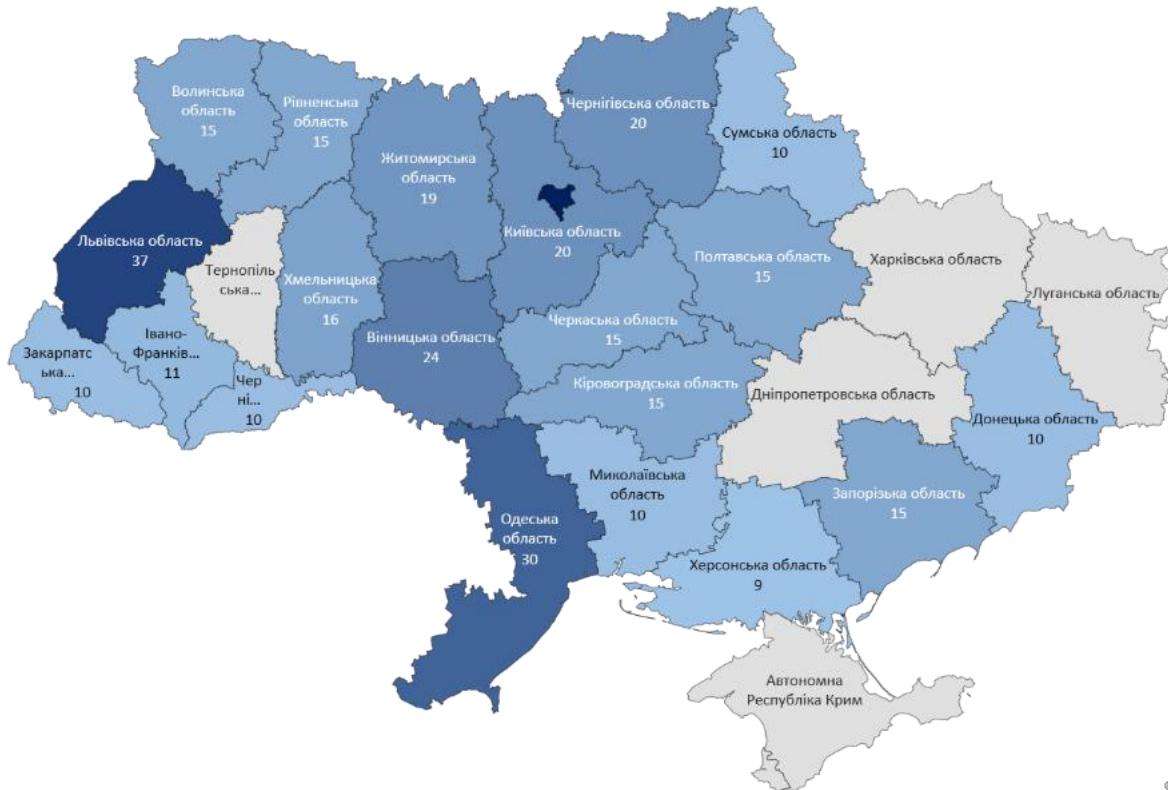
Процес опитування ЛЖВ проводився медичними працівниками у ЗОЗ, де пацієнти отримують медичні послуги у зв'язку із встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція. Кожен пацієнт був зарекутований для участі в опитуванні лікарем, відповідно до визначених критеріїв включення у дослідження, за умови ознайомлення із інформаційним листком для учасників дослідження та надання добровільної згоди на участь. Електронна анкета, запрограмована на онлайн-платформі для збору даних REDCap, заповнювалась медичними працівниками зі слів респондента. Відповіді респондентів та записи з медичної інформаційної системи були пов'язані лише унікальним кодом учасника і не містили жодних ідентифікуючих даних. Збір медичних даних здійснювався фахівцями відділу управління та протидії ВІЛ-інфекції, які мають доступ до МІС МСЗХ за ID учасників.

Опис загального масиву

Запланована кількість респондентів для проведення опитування становила 400 ЛЖВ з усіх регіонів України. У зв'язку із певними адміністративними та кадровими труднощами, в деяких регіонах проведення опитування цільової групи не було проведено. Всього у дослідження було включено 21 регіон України, з яких було зібрано 379 заповнених анкет. Після очищення масиву, в тому числі від неповних та продубльованих анкет, та валідації записів в ІС СЗХ, було прийнято для аналізу 371 анкету.



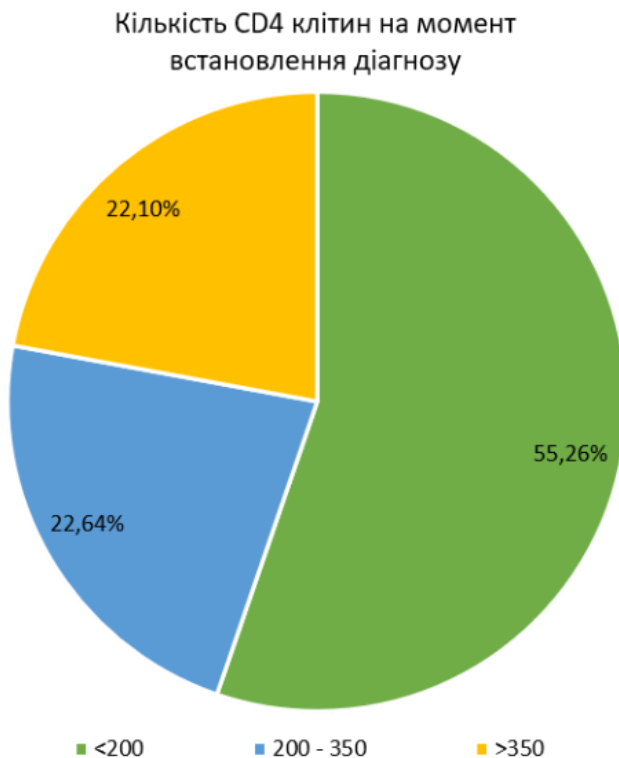
Вибірка була розподілена поміж регіонами нерівномірно, відповідно до кількості зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції в кожному регіоні в 2024 році. Таким чином, найбільший розмір вибірки приходить на місто Київ, Львівську та Одеську області, де реєструється найбільше випадків ВІЛ-інфекції.



© Micro

Рисунок 1. Географічний розподіл учасників кількісного компоненту дослідження.

Серед 371 респондентів, анкети яких увійшли в аналіз даних дослідження, 55% становили чоловіки і 45% жінки. Середній вік респондента становив 44,6 років, наймолодший учасник - 19 років, найстарший - 73 роки. Лише третина респондентів зазначили, що мають постійну роботу на момент проведення опитування, в той же час, ще майже третина учасників (29,7%) відповіли, що не мають роботи. Майже 20 % ЛЖВ зазначили, що мають періодичні підробітки, інші ж учасники відповіли що мають пенсійні виплати (за віком або групою інвалідності), перебувають у декретній відпустці або здобувають освіту на момент участі в опитуванні.



За результатами оцінки даних, щодо кількості CD4 клітин на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція було визначено, що 78% учасників були діагностовані пізно, тобто мали менш ніж 350 клітин при першому дослідженні. Понад половина були діагностовані вже у клінічній стадії СНІД, тобто мали менш ніж 200 CD4 клітин на момент встановлення ВІЛ-інфекції. Лише менше ніж чверть респондентів були віднесені до групи осіб, яким ВІЛ-інфекцію було встановлено відносно рано. Такі показники дещо перевищують дані щорічної статистики по Україні щодо своєчасності діагностики ВІЛ-інфекції. Це може бути пов'язано із певним упередженням медичних працівників, які залучали пацієнтів до проходження опитування, що призвело до включення більшої частки саме пізно діагностованих ЛЖВ.

Рисунок 2. Розподіл респондентів за групами своєчасної, пізньої та дуже пізньої діагностики на основі показників CD4 клітин.

Найчастіше виявлення ВІЛ-інфекції, тобто вперше отриманий позитивний результат тесту на ВІЛ, було встановлено в спеціалізованих закладах, що працюють у сфері ВІЛ/СНІД (36%), а також ЗОЗ, що надають медичні послуги в умовах стаціонару (24%). Меншість респондентів зазначили, що отримали перший позитивний тест на ВІЛ в умовах амбулаторії, в сімейного лікаря або іншого лікаря поліклініки, а також під час становлення на облік у жіночій консультації під час вагітності. Незначний відсоток учасників зазначили що отримали позитивний результат під час тестування в НУО, і ще 8% випадків були виявлені під час проходження ВЛК. Ще 8% зазначили, що ВІЛ-інфекцію було виявлено в іншому місці, наприклад приватних клініках, мобільних амбулаторіях, центрах донорства крові тощо.

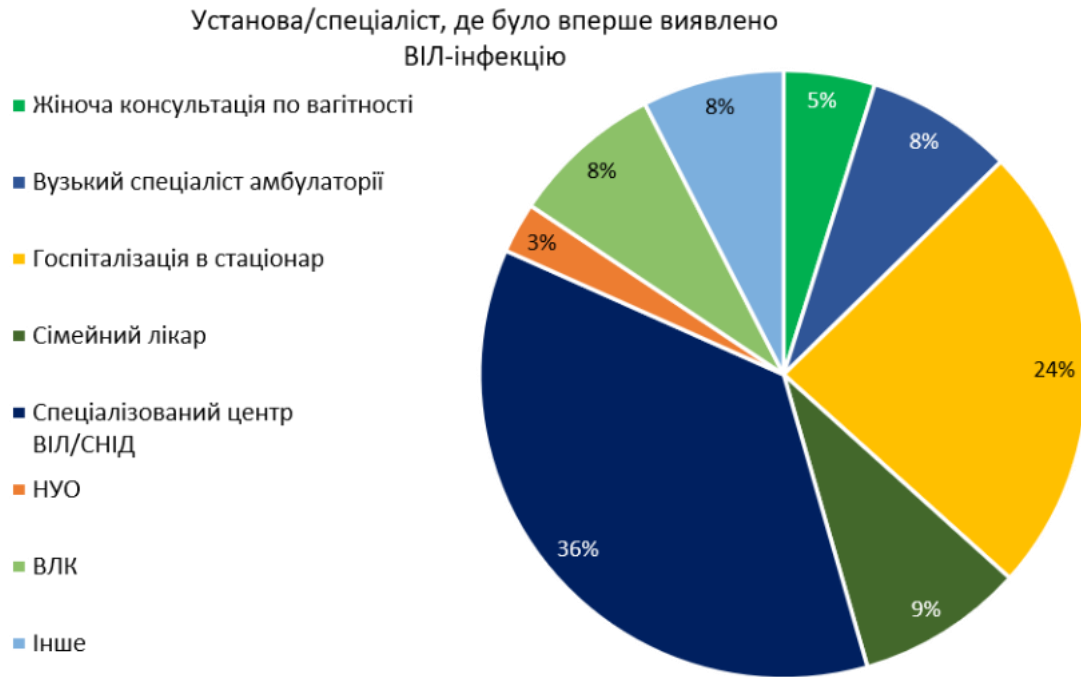


Рисунок 3. Розподіл респондентів за місцем першого виявлення ВІЛ-інфекції.

Переважна більшість респондентів (91%) відповіли, що мали підписану декларацію із сімейним лікарем на момент встановлення ВІЛ-інфекції. Однак, майже 45% учасників не відвідували сімейного лікаря жодного разу впродовж року до моменту діагностування ВІЛ. Серед тих, хто звертався до сімейного лікаря, більшість звертались 1 раз на рік, дещо рідше респонденти зазначали, що звертались декілька разів впродовж року. Близько 9% від усіх респондентів відповіли, що регулярно звертались до сімейного лікаря впродовж 12 місяців до встановлення ВІЛ-інфекції.

Дві третини (може вказати %) учасників опитування зазначили, що не отримували пропозицію протестуватися на ВІЛ від медичних працівників, а пройшли тестування за власною ініціативою. Близько 12% респондентів отримували пропозицію протестуватись від сімейного лікаря, інші учасники отримували таку пропозицію від працівника НУО, під час госпіталізації до лікарні або від вузького спеціаліста в амбулаторії. **Рівень тестування за ініціативи медичного працівника є недостатнім.**

Досвід отримання послуг від неурядових організації, що працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції, мали майже третина респондентів, серед яких трохи більше половини отримували послуги з тестування на ВІЛ-інфекцію. Тож, НУО також не охоплюють всіх бенефіціарів, що мають потенційний ризик інфікування ВІЛ, послугами із тестування на ВІЛ-інфекцію. Цікаво, що самостійне тестування за допомогою швидких тестів визначено як найменш поширений метод визначення ВІЛ-інфекції, менш ніж 3 % респондентів мали досвід проведення самотестування на ВІЛ. Деякі респонденти, близько 16%, повідомляли, що відмовлялися від пропозицій пройти тестування на ВІЛ-інфекцію до встановлення діагнозу. Основними причинами відмови були:

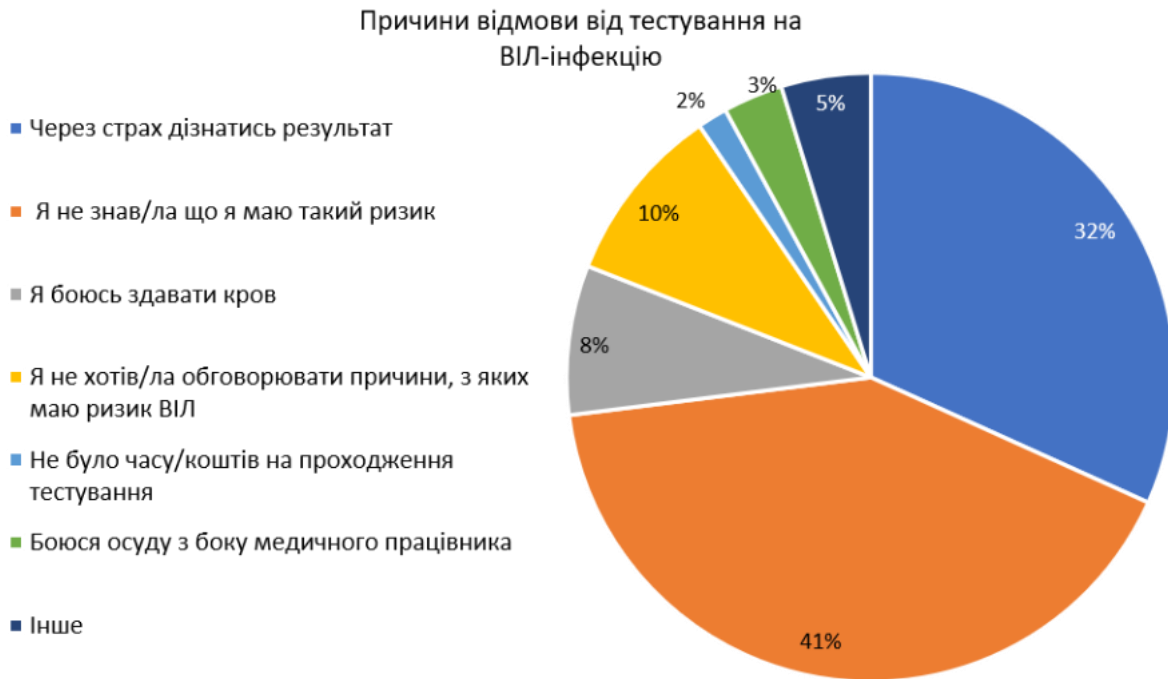


Рисунок 4. Основні причини відмови респондентів від пропозиції пройти тестування на ВІЛ-інфекцію.

Говорячи про інші захворювання, окрім ВІЛ-інфекції, в анамнезі учасників дослідження було визначено, що 37% учасників опитування мали певні хронічні захворювання (такі що тривали понад 6 місяців) до встановлення ВІЛ-інфекції. Одними із найбільш поширених захворювань, що були зазначені учасниками опитування, були захворювання шкіри (в тому числі себорейний дерматит, екзема та псоріаз), онкологічні захворювання (в тому числі захворювання крові), рецидивуючі пневмонії, кандидози слизових оболонок та інші. Окрім того, понад 16% учасників опитування зазначили, що їм було діагностовано інфекційні захворювання, що найчастіше супроводжують ВІЛ-інфекцію: вірусні гепатити та туберкульоз мали по 8% респондентів, ще близько 1% мали діагностовані захворювання, що передаються статевим шляхом. Загалом, оцінюючи зазначені учасниками захворювання, що були їм встановлені до виявлення ВІЛ-інфекції, **було визначено що майже 74% респондентів мали стани при яких показано проведення тестування на ВІЛ.**



Серед всіх учасників, 28% перебували під тривалим медичним спостереженням, певних лікарів, найчастіше – у фахівців гастроентерологічного та дерматовенерологічного профілей. Окрім того, учасники також перебували під тривалим медичним наглядом у неврологів, онкологів, наркологів, пульмонологів, фтизіатрів та інших спеціалістів. Майже половина респондентів (47%) впродовж року до встановлення ВІЛ-інфекції звертались за медичною допомогою до інших спеціалістів амбулаторії, окрім сімейного лікаря. Найчастіше такі звернення реєструвались до спеціалістів з неврології, дерматовенерології, гастроентерології та гінекології.

Звернення до спеціалістів амбулаторії
впродовж року до встановлення ВІЛ-інфекції

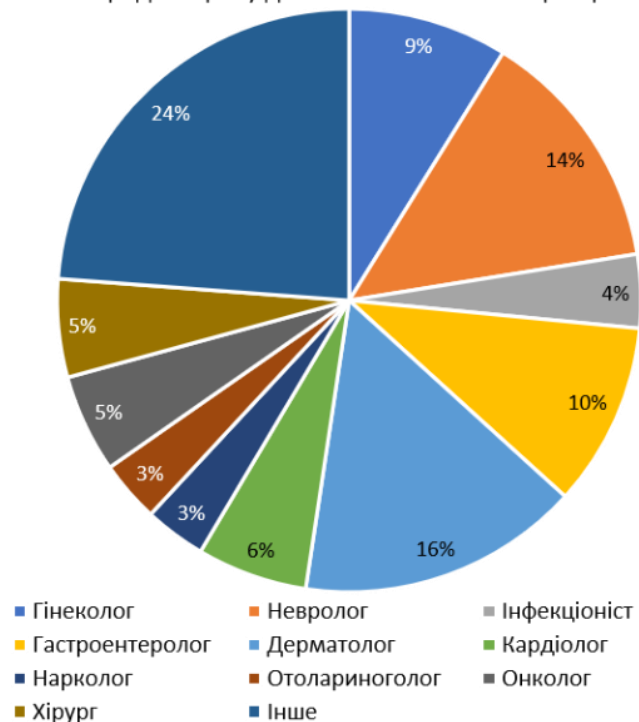


Рисунок 5. Розподіл звернень респондентів до медичних спеціалістів впродовж року до встановлення ВІЛ-інфекції.

Окрім амбулаторної медичної допомоги, 23% респондентів зазначили, що впродовж року до діагностування ВІЛ-інфекції, були госпіталізовані для отримання медичної допомоги в умовах стаціонару, при чому 6% учасників були госпіталізовані декілька разів на рік. Найчастіше учасники були госпіталізовані до відділення терапії, неврології, інфекційного та хірургічного профілю.

Загальна інформованість учасників щодо можливості проходження безкоштовного тестування на ВІЛ є недостатньою: майже 40% респондентів не знали про таку можливість до встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція. Основним джерелом інформації про тестування, для переважної більшості (73%) учасників опитування, були медичні працівники. Значно рідше учасники отримували таку інформацію від друзів/знайомих, з друкованої інформації у ЗОЗ, з мережі інтернет (в т.ч. соціальних мереж) та інших засобів масової інформації, а також в НУО.

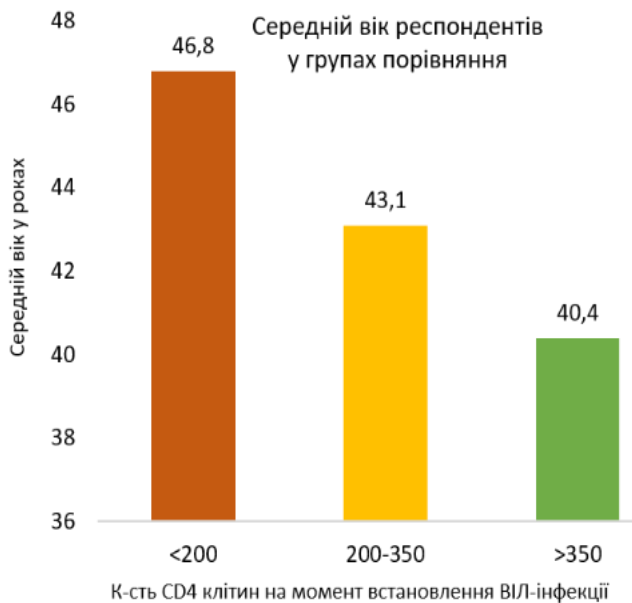
Серед усіх респондентів, 24% зазначили, що відносять себе до однієї із груп підвищеного ризику інфікування на ВІЛ. Найбільша частка припадає на статевих партнерів ЛЖВ, дещо менше зазначили що є споживачами наркотиків ін'єкційно. Невелика кількість учасників віднесли себе до групи чоловіків, що мають секс з чоловіками, і поодинокі респонденти зазначили, що статевими партнерами ЛВНІ.

Порівняння поміж групами

Відповідно до виявленого рівня CD4 клітин на момент встановлення ВІЛ-інфекції, респондентів було розподілено на 3 групи порівняння: група ранньої діагностики – більше 350,



група пізньої діагностики – від 200 до 350 та група дуже пізньої діагностики (у клінічній стадії СНІД) – менше 200.



Проводячи порівняння поміж групами ЛЖВ, які були діагностовані своєчасно, пізно та дуже пізно, було визначено, що статевий розподіл не має значущих відмінностей у групах: у всіх групах чоловіки склали трохи більше половини загальної вибірки. Однак віковий розподіл має певні відмінності поміж групами: **середній вік респондентів є вищим у групах, що відносяться до пізньої та дуже пізньої діагностики, і є найменшим у групі своєчасної діагностики.** Середній вік поміж усіма групами коливався від 40,4 до 46,8 років.

Рисунок 6. Середній вік респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.

Оцінюючи показники щодо зайнятості респондентів серед трьох груп не було виявлено показових тенденцій: рівень безробіття у всіх групах коливався від 28 до 31%. Однак, працевлаштованих осіб (в тому числі на постійній та тимчасовій роботі) було більше у групах ЛЖВ, що були діагностовані на більш пізніх стадіях, найбільша частка осіб із постійною роботою була визначена саме у групі дуже пізньої діагностики. Найбільший відсоток осіб, що мають інвалідність було виявлено у групі респондентів, яким ВІЛ-інфекцію було становлено у клінічній стадії СНІД. **Найвищий відсоток зайнятості серед ЛЖВ діагностованих у стадії СНІД нашої хвилює на думку, що навантаження на робочому місці або зайнятість впродовж стандартних робочих годин ЗОЗ може бути одним із бар'єрів для тестування своєчасного виявлення ВІЛ-інфекції.**

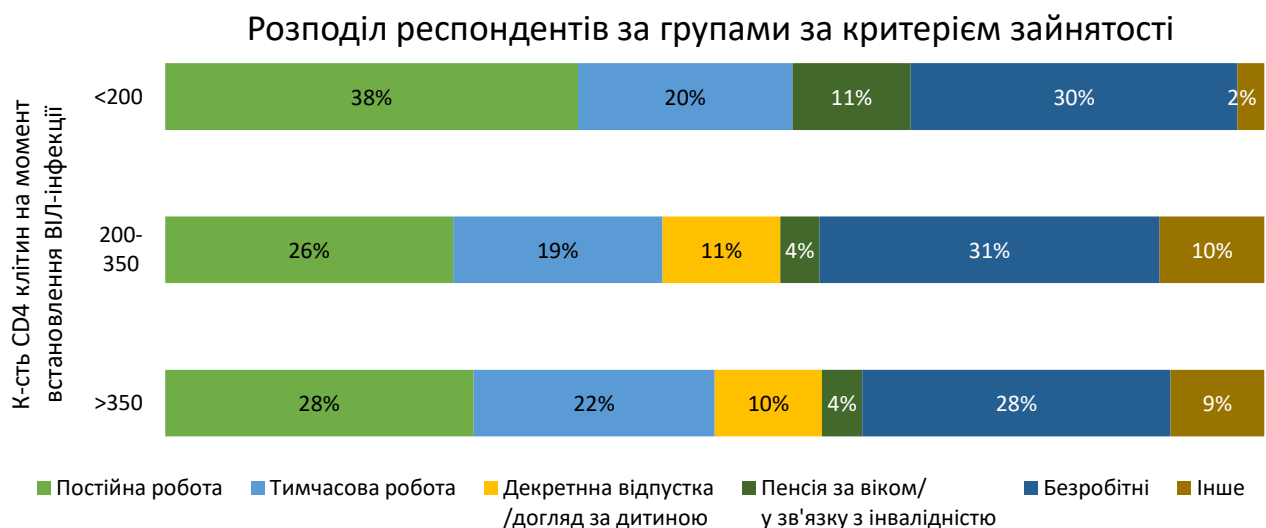


Рисунок 7. Зайнятість респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.



Спеціалізовані медичні заклади, що надають послуги у сфері протидії та лікування ВІЛ-інфекції є лідерами виявлення випадків ВІЛ-інфекції на всіх стадіях. Найбільше виявлення пізніх пацієнтів, що діагностованих на стадії СНІД, припадає на лікарні, що надають медичну допомогу в умовах стаціонару. Найкраще співвідношення виявлених випадків було визначене у групі «Інше», в яку входять діагностичні мобільні бригади, приватні клініки та центри донорства крові. Імовірно, така ситуація пов'язана із тим, що госпіталізація пацієнтів до стаціонару відбувається вже на етапах клінічних проявів опортуністичних інфекцій та синдромів, спричинених просунутою попередньо недіагностованою ВІЛ-інфекцією, що призводить до дуже пізнього виявлення ВІЛ в умовах лікарні. Водночас виявлення ВІЛ мобільними бригадами та центрами донорства крові можуть бути випадковими знахідками, що не супроводжувались жодними клінічними проявами у ЛЖВ на момент діагностування.

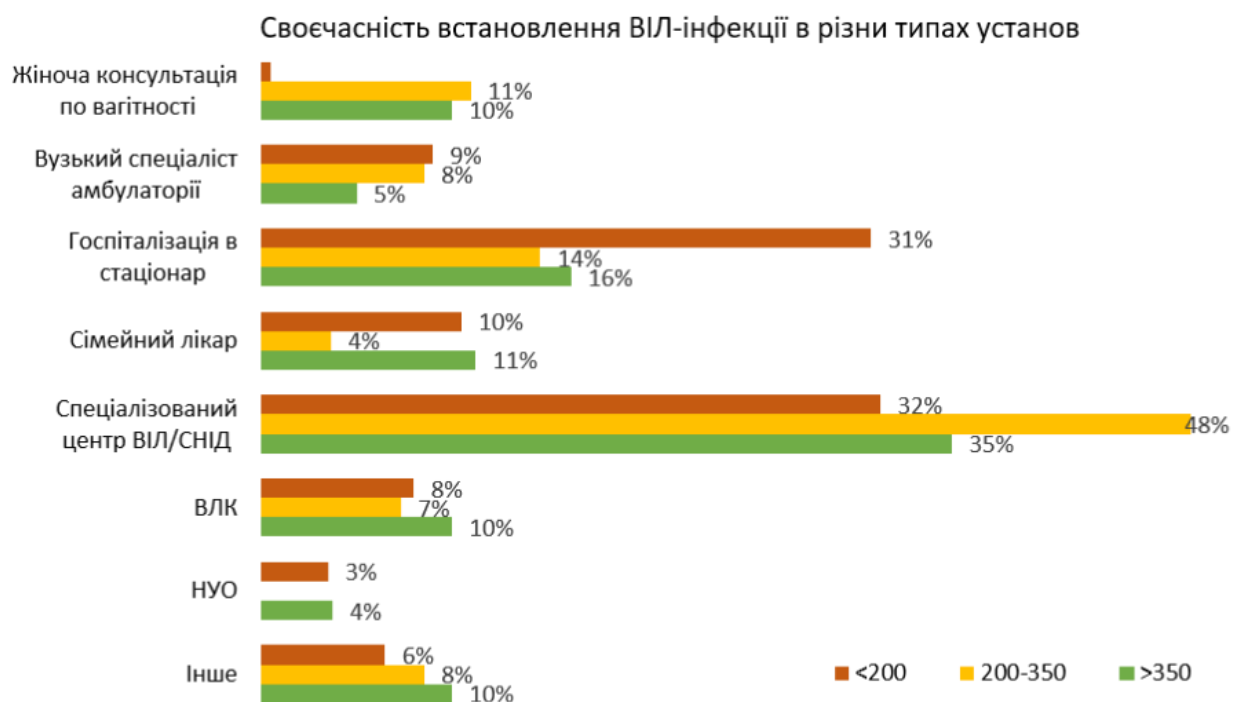


Рисунок 8. Частка своєчасного та пізнього діагностування ВІЛ-інфекції у різних типах закладів.

Декларація із сімейним лікарем була підписана до моменту встановлення ВІЛ-інфекції у переважної більшості учасників з кожної групи, коливання у межах 90-92%, тож можна вважати, що наявність декларації із сімейним лікарем жодним чином не впливає на своєчасність діагностування ВІЛ-інфекції. Цікавою знахідкою є те, що пацієнти, яким було встановлено ВІЛ на більш пізніх стадіях, значно частіше відвідували свого сімейного лікаря впродовж року до встановлення діагнозу, аніж ті, кому діагноз був поставлений відносно своєчасно. Це може свідчити про те, що надання послуг з тестування на ВІЛ на рівні ПМСД або направлення на тестування на ВІЛ-інфекцію за ініціативи сімейного лікаря є вкрай недостатнім.

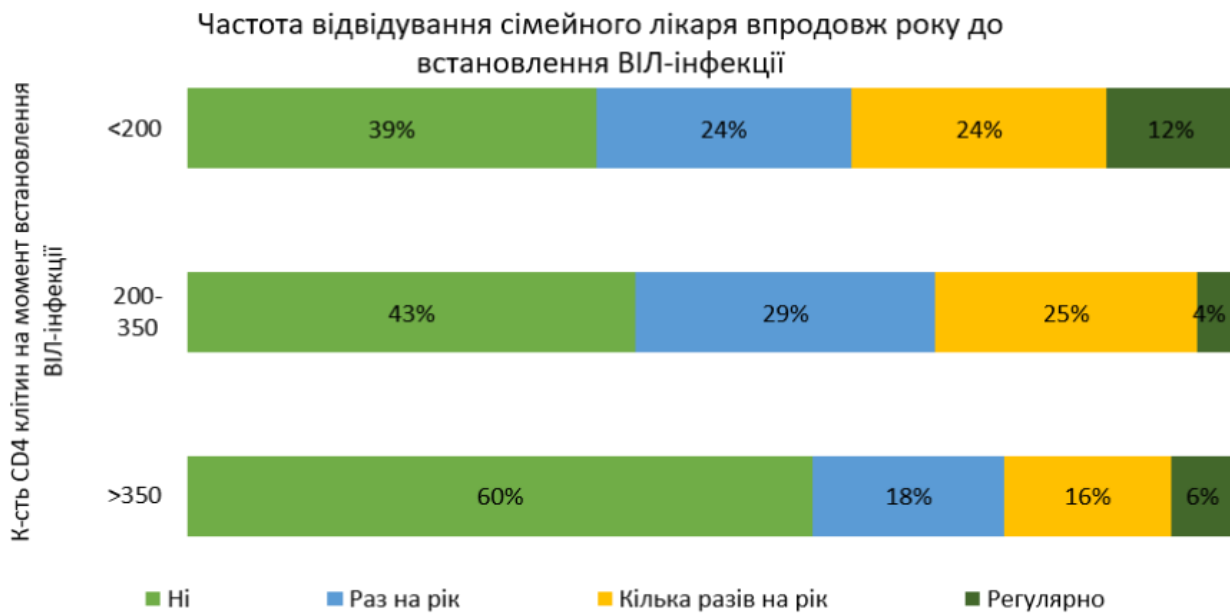


Рисунок 9. Частота відвідування сімейного лікаря впродовж року до встановлення ВІЛ-інфекції у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.

Послуги від НУО, що працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції, отримували менше половини учасників у кожній із груп порівняння. Однак, частка користувачів таких послуг відчутно більша серед тих ЛЖВ, кому діагноз було встановлено відносно своєчасно, і є найнижчою серед тих, кому було діагностовано ВІЛ в клінічні стадії СНІД. Така сама тенденція спостерігалась і при аналізі даних щодо того, чи мали респонденти досвід тестування на ВІЛ-інфекцію в НУО. Таким чином, можна припустити, що **охоплення населення послугами неурядових організацій, в тому числі профілактичними послугами та послугами з тестування, може покращити показники більш раннього виявлення ВІЛ-інфекції серед представників ключових груп.**

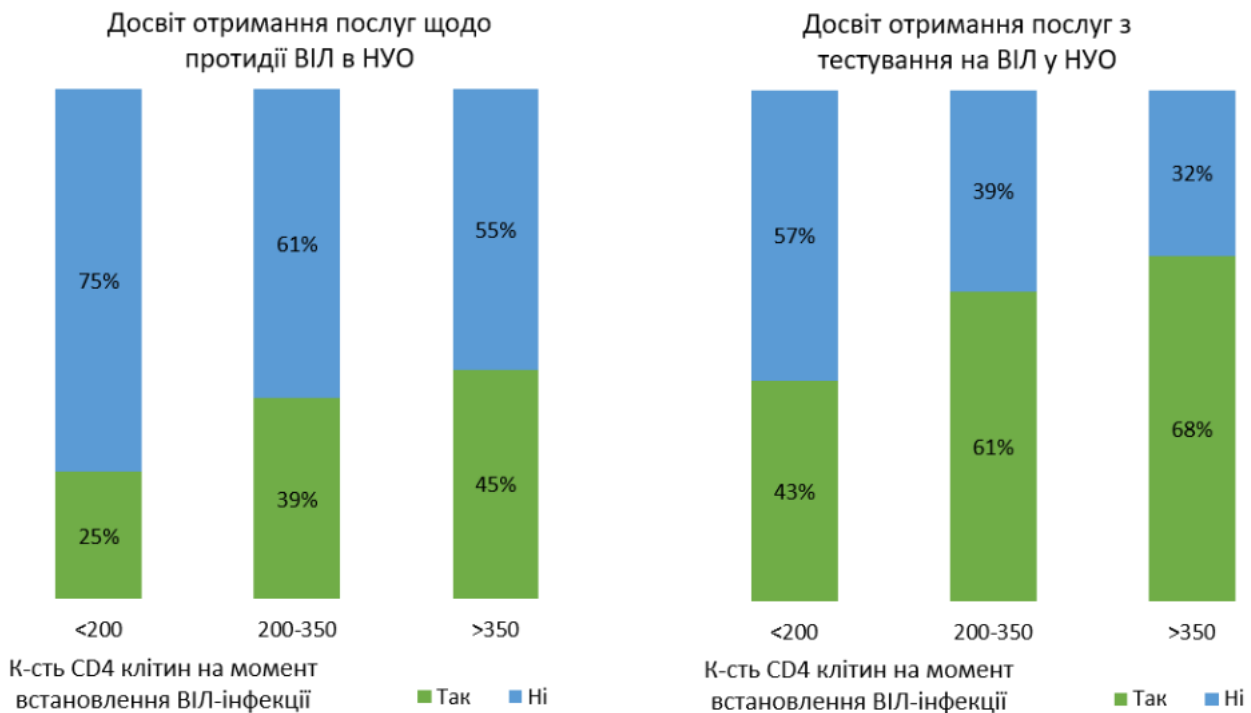


Рисунок 10. Досвід отримання послуг від НУО респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.

Послуги з самостійного тестування за допомогою швидких тестів на ВІЛ виявились нерозповсюдженими серед усіх трьох груп порівняння: частка респондентів які мали досвід самотестування у кожній групі коливається від 1,5% до 6%, однак є вищою у тих групах, що включають ЛЖВ діагностованих на більш ранніх стадіях, і є найнижчою у групі, якій було встановлено діагноз у стадії СНІД.

Загальна частка тих, хто мав досвід відмови від тестування значною мірою не відрізняється поміж групами порівняння і коливається в межах від 15,5% до 16,6%. Однак, оцінюючи причини відмови від тестування, можна виокремити певні особливості для кожної з груп. Незважаючи на те, що у всіх трьох групах причина “Я не знав/ла що я маю такий ризик” була найбільш розповсюдженою, найбільшу частку вона складає саме для групи найбільш пізньої діагностики, тобто **особи що не практикують ризиковану поведінку, щодо інфікування на ВІЛ можуть бути діагностовані у найбільш пізній стадії через нерозуміння ризиків інфікування.** Другу позицію серед найбільш розповсюджених причин відмови від тестування для всіх трьох груп є страх дізнатись результат, що може бути пов’язано із високим рівнем стигматизації діагнозу ВІЛ-інфекція серед населення.



Причини відмови від тестування на ВІЛ-інфекцію

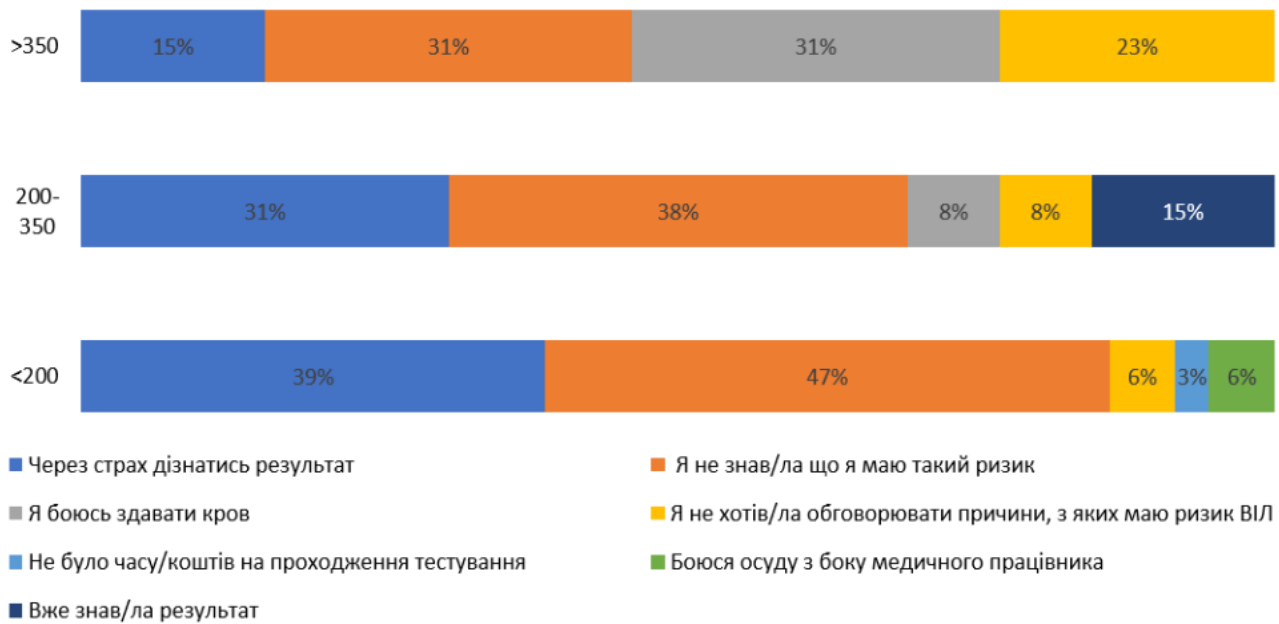


Рисунок 11. Причини відмови від пропозиції пройти тестування на ВІЛ-інфекцію респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.

Серед респондентів, яким встановлено ВІЛ-інфекцію пізно, частка осіб із наявними хронічними захворюваннями була дещо вища, аніж в осіб діагностованих своєчасно. Така сама тенденція спостерігається щодо перебування учасників під спостереженням вузького спеціаліста, щодо наявного хронічного захворювання: найбільша частка перебувала під медичним наглядом лікаря саме у групі дуже пізньої діагностики. Імовірно, наявність зазначених респондентами хронічних захворювань є прямим наслідком недіагностованої ВІЛ-інфекції та опортуністичних інфекцій. Таким чином, **можна припустити, що нагляд медичного спеціаліста вузького профілю у зв'язку із хронічними захворюваннями не має позитивного впливу на своєчасність діагностики ВІЛ-інфекції.**

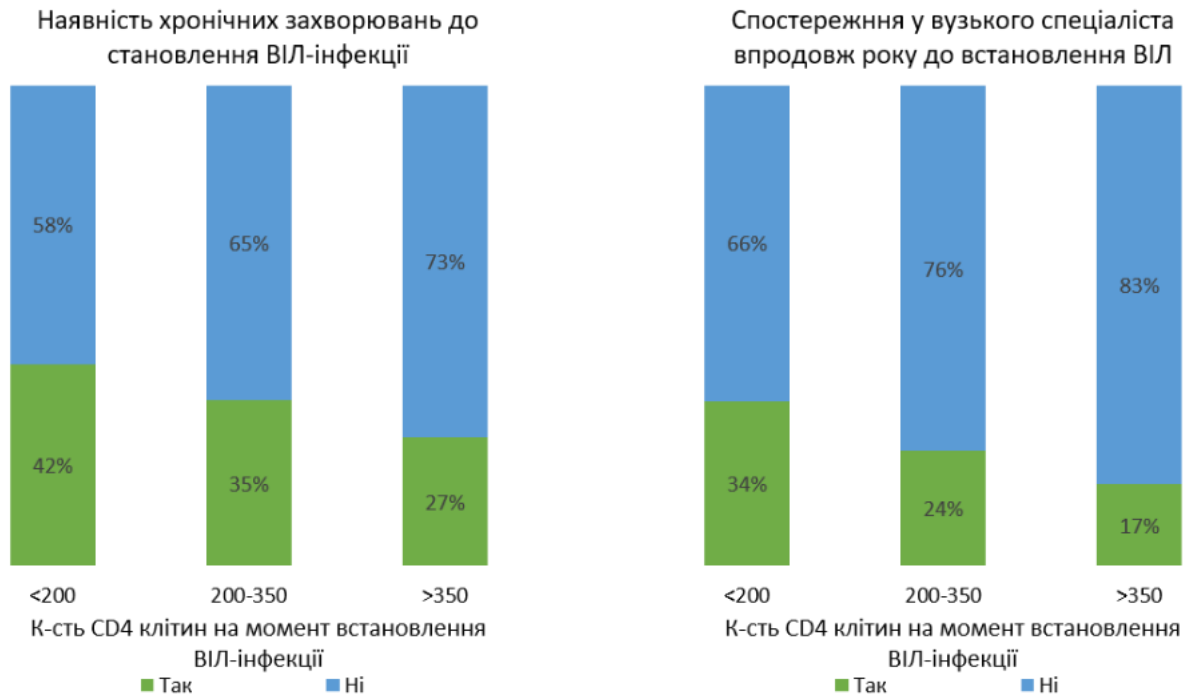
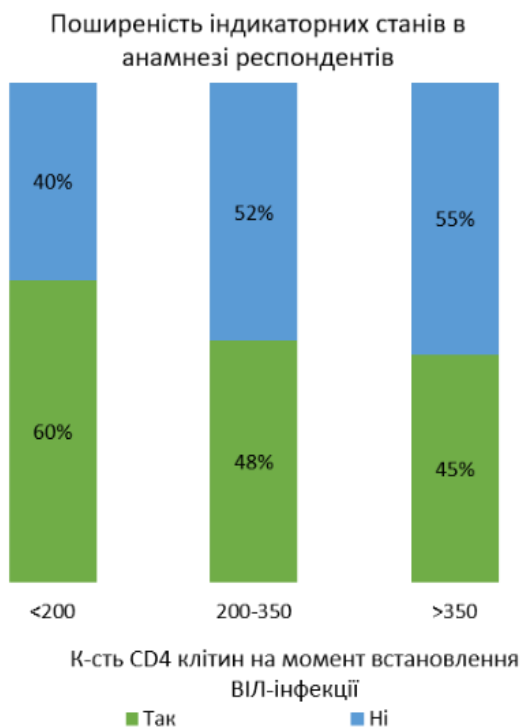


Рисунок 12. Наявність хронічних захворювань та перебування під медичним наглядом респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.



Окрім того, серед респондентів, які зазначили наявність певних хронічних захворювань до становлення діагнозу ВІЛ-інфекція, значна частка мала в анамнезі індикаторні стани, які супроводжують ВІЛ-інфекцію, що є прямими показами до тестування на ВІЛ. Найбільша частка таких станів була зареєстрована саме у тих ЛЖВ, кому було встановлено діагноз в найбільш пізніх стадіях, найменша частка - в осіб, яким діагноз ВІЛ-інфекція було встановлено своєчасно. Таким чином **можна стверджувати, що охоплення тестуванням на ВІЛ навіть при наявності прямих клінічних показів є критично недостатнім.**

Рисунок 13. Частка наявних індикаторних станів в анамнезі респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.

Поширеність таких інфекційних захворювань як туберкульоз та парентеральні вірусні гепатити (ВГС та ВГВ) є досить високою серед групи учасників, яким було діагностовано ВІЛ-інфекція дуже пізно, і навпаки, є найнижчою серед осіб із відносно раннім встановленим діагнозом. Очевидно, що приєднання таких інфекційних захворювань на фоні ВІЛ-інфекції значно обтяжує стан пацієнта та створює значні ризики для прогнозу лікування та життя особи. В той

же час можна припустити, що причиною приєднання опортуністичних інфекцій є саме проблема несвоєчасної діагностики ВІЛ. Основним питанням залишається причина недотестування на ВІЛ під час надання пацієнтам медичних послуг щодо туберкульозної інфекції та парентеральних вірусних гепатитів.



Рисунок 14. Наявність деяких супутніх інфекційних захворювань в анамнезі респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.

Серед спеціалістів амбулаторії, до яких звертались респонденти впродовж 12 місяців до встановлення ВІЛ-інфекції, не було визначено певного взаємозв'язку поміж спеціальністю лікарів амбулаторії та своєчасністю діагностування ВІЛ-інфекції. Однак, аналогічно до показників перебування під медичним спостереженням, звернення до медичних фахівців дещо частіше реєструвались серед груп більш пізньої діагностики, порівняно із діагностованими відносно рано. Таким чином, можна стверджувати що тестування на ВІЛ за ініціативи медичного працівника є недостатнім не тільки на рівні сімейної медицини, а на рівні амбулаторної допомоги загалом.

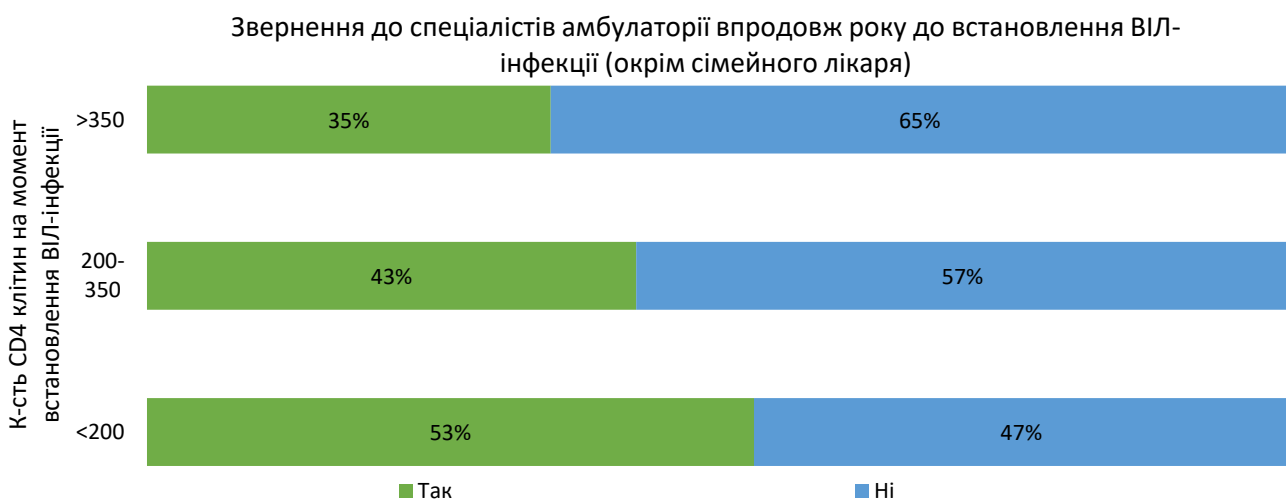


Рисунок 15. Частка звернень до лікарів амбулаторії впродовж року до встановлення ВІЛ-інфекції серед респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.



Оцінюючи дані щодо госпіталізації учасників дослідження впродовж року до виявлення ВІЛ-інфекції було визначено, що досвід отримання медичної допомоги в умовах стаціонару мали ЛЖВ з усіх трьох груп порівняння. Однак, найбільша частка осіб, що мали госпіталізацію в анамнезі, в тому числі множинні випадки госпіталізації, припадає саме на групу ЛЖВ яким було встановлено діагноз у стадії СНІД. Найменша частка припадає на проміжну групу, яким ВІЛ було встановлено несвоєчасно, що вибивається із загальної тенденції, адже група відносно ранніх діагностованих ЛЖВ має середні показники щодо поширеності госпіталізацій серед трьох груп порівняння. Таким чином, можна зробити припущення, що пацієнти у стадії СНІД потребували медичної допомоги в умовах стаціонару саме через клінічні прояви пізньої ВІЛ-інфекції, однак досвід багаторазових госпіталізацій показує, що ВІЛ-інфекцію не було встановлено з першого епізоду госпіталізації.

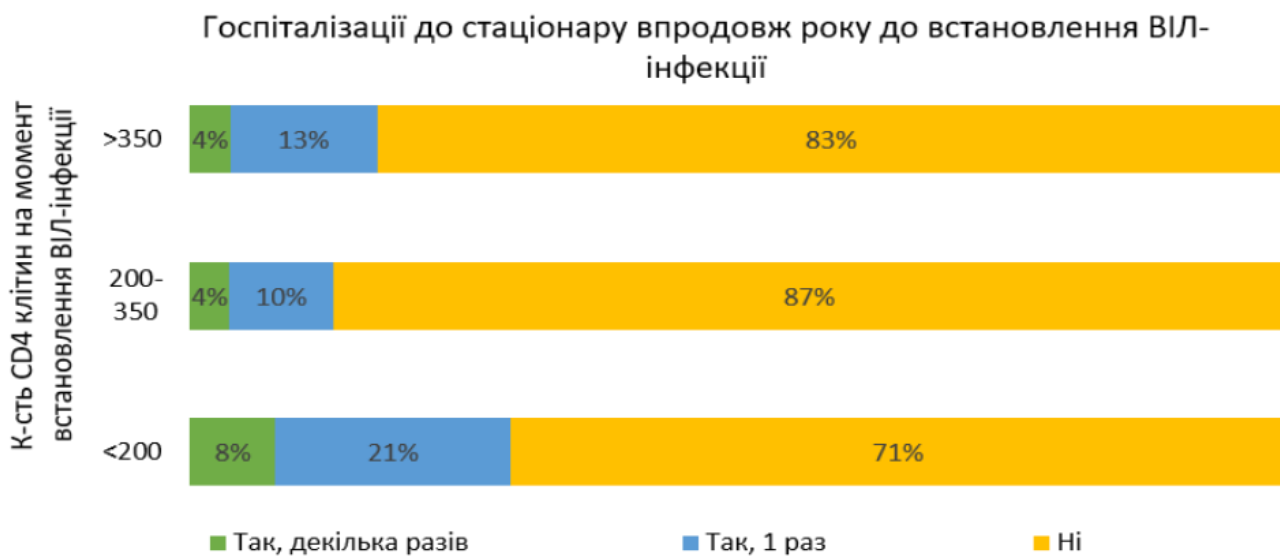


Рисунок 16. Наявність випадків госпіталізації впродовж року до встановлення ВІЛ-інфекції серед респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.

Цікавою знахідкою є те, що серед групи дуже пізньої діагностики було визначено найменшу частку осіб, що належать до груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Тобто, найпізніше діагноз ВІЛ-інфекція встановлюється особам, які не мають ризикованої поведінки. Такі дані можуть свідчити про декілька явищ: ВІЛ-інфекція виходить поза межі певних ключових груп та стає хворобою притаманною для загального населення; настороженість медичних працівників щодо ВІЛ-інфекції може бути нижчою, якщо пацієнт не належить до таких груп і не зазначає, що має певну ризиковану поведінку. Найбільшу частку серед групи своєчасної діагностики складала група людей, що вживають наркотики ін'єкційно. Можна припустити, що особи, які належать до цієї групи, могли свідомо проходити скринінг на ВІЛ-інфекцію знаючи про ризик інфікування. Найбільшу частку у групах пізньої діагностики становлять статеві партнери людей що живуть з ВІЛ, що викликає занепокоєння, адже медичні препарати для профілактики ВІЛ можуть забезпечити захист від інфікування для постійних сексуальних партнерів ЛЖВ.

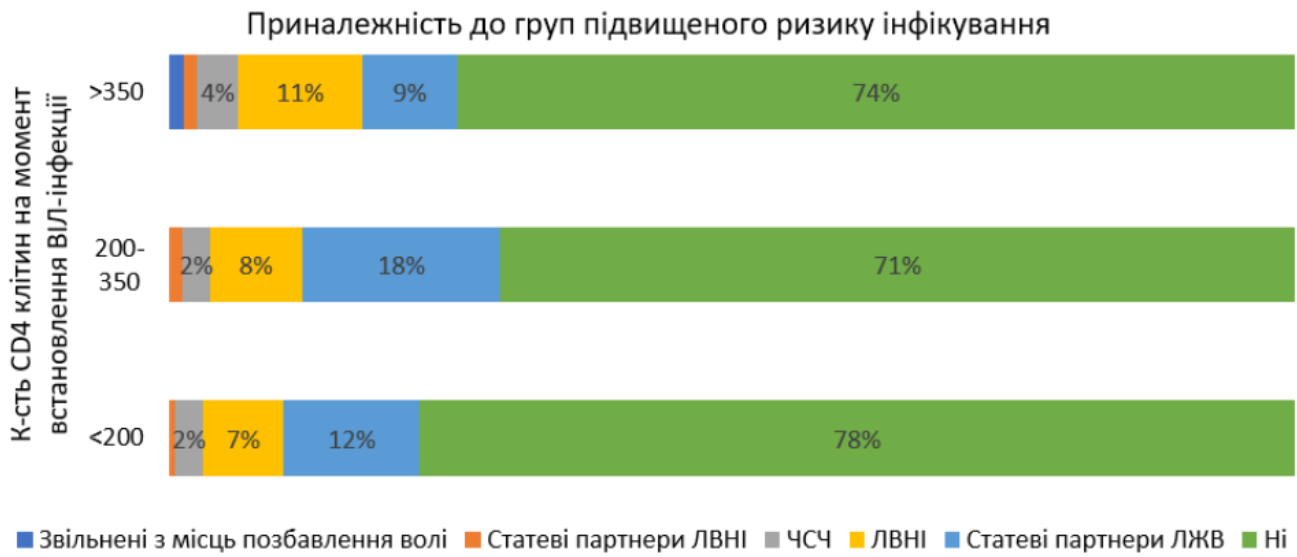


Рисунок 17. Розподіл осіб з різних груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ серед респондентів у кожній групі порівняння за критерієм своєчасної діагностики ВІЛ.

Висновки до кількісного компоненту дослідження:

Відповідно до отриманих даних в рамках реалізації опитування та проведення порівняння поміж групами відносно вчасної та пізньої діагностики можна зробити наступні висновки:

1. Значне недотестування пацієнтів реєструється на рівні амбулаторної допомоги, в тому числі серед сімейних лікарів та спеціалістів вузьких напрямків надання амбулаторної допомоги. Наявність підписаної декларації з сімейним лікарем та звернення за медичною допомогою до амбулаторії не мають позитивного впливу на більш своєчасну діагностику ВІЛ-інфекції серед пацієнтів.
2. Частка дуже пізнього виявлення ВІЛ-інфекції є найбільшою на рівні ЗОЗ, що надають медичну допомогу в умовах стаціонару. Це пояснюється тим, що пацієнти потрапляють до стаціонару вже маючи клінічні прояви тривалого інфікування ВІЛ-інфекцією, що не було виявлено на рівні первинної медичної допомоги. Однак, навіть при госпіталізації пацієнтів із клінічними проявами ВІЛ та опортуністичних інфекцій, діагностика ВІЛ часто відбувається не одразу що призводить до повторних госпіталізацій пацієнтів.
3. Індикаторні стани, які є клінічними проявами інфікування ВІЛ, часто залишаються поза увагою лікарів на всіх рівнях надання медичної допомоги, та не призводять до направлення пацієнтів на тестування на ВІЛ-інфекцію. Це свідчить про недостатній рівень настороженості лікарів різних спеціальностей щодо ВІЛ-інфекції.
4. Однією з характерних тенденцій є вихід епідемії ВІЛ-інфекції за межі певних груп підвищеного ризику у загальне населення, що не практикує ризиковану поведінку щодо передачі ВІЛ. Паралельно із тим, загальне населення не має достатнього розуміння ризиків інфікування, потреби пройти тестування на ВІЛ та можливостей, де і як зробити це безкоштовно.
5. Недостатнє охоплення тестуванням на ВІЛ спостерігається не тільки на рівні медичних закладів, а і в неурядових організаціях, що працюють у сфері протидії ВІЛ-інфекції в Україні. Значна частка осіб, що отримували послуги в таких НУО залишаються неохопленими послугами з тестування на ВІЛ-інфекцію.
6. На момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція реєструється високий рівень поширеності опортуністичних інфекцій, що ускладнюють перебіг захворювання та погіршують прогноз для пацієнта. Висока поширеність таких захворювань як туберкульоз та вірусні гепатити В і С в анамнезі пацієнтів із пізно діагностованою ВІЛ-інфекцією свідчить про певні прогалини у наданні медичних послуг щодо соціально-значущих інфекційних захворювань.
7. Орієнтовний портрет пацієнта із пізно діагностованою ВІЛ-інфекцією є таким: чоловік або жінка, старше 40-ка років, проживає у регіоні із високою щільністю населення, має роботу (постійну або тимчасову зайнятість), не відносить себе до жодної із груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ та часто не знає про наявність ризику інфікування, має декларацію із сімейним лікарем та періодично звертається за амбулаторною медичною допомогою, однак не знає про потребу у тестуванні на ВІЛ та про можливість зробити це безкоштовно.

Результати якісного компоненту дослідження

В рамках дослідження було проведено одну фокус-групову дискусію (далі – ФГД) із фахівцями у сфері профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції. До обговорення було залучено 8 фахівців державних закладів охорони здоров'я з різних регіонів України, в тому числі прифронтових областей. Обговорення було проведено в очному форматі. Фасилітатором фокус-групи виступав фахівець відділу наукових досліджень ЦГЗ. Всі учасники фокус-групової дискусії мали можливість ознайомитись зі змістом дослідження та надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Під час обговорення було створено аудіозапис зустрічі, на основі якого було створено повний транскрипт обговорення. Для аналізу якісних даних транскрибованого тексту було використано метод тематичного аналізу із простим кодуванням.

В процесі проведення ФГД було використано напівструктурований гайд, питання якого стосувались поточного стану діагностики ВІЛ-інфекції в Україні. Описуючи загальну тенденцію тестування на ВІЛ-інфекцію на сьогоднішній день, учасники зійшлись у думці, що кількість проведених тестувань зростає. Однак, незважаючи на збільшення кількості тестувань, рівень виявлення ВІЛ, особливо раннього виявлення, залишається досить низьким, а подекуди і погіршується.

“кількість тестувань збільшилася, почало тестувати більше закладів, тобто доступ покращився, але суттєво знизився показник виявлення серед цієї загальної кількості. І виявлення саме якраз в пізніх стадіях”

Однією із основних тенденцій в питанні діагностики залишається діагностування ВІЛ на пізніх стадіях захворювання, що становить понад 60% виявлених випадків щороку впродовж останніх років. Ще однією негативною тенденцією стає поширення ВІЛ-інфекції поза межі визначених груп підвищеного ризику інфікування, тобто діагноз ВІЛ-інфекція встановлюється все більшій кількості осіб, що не мають ризикованої поведінки (як прийом ін'єкційних наркотиків, надання сексуальних послуг тощо).

“люди, які вважають, що ВІЛ – це щось, що стосується людей-споживачів ін'єкційних наркотиків і тих, які надають сексуальні послуги за винагороду, що ми, власне, вже пережили, і ВІЛ вийшов в маси.”

Ще однією поточною тенденцією є демографічна зміна вперше виявлених пацієнтів із ВІЛ-інфекцією. Зі слів респондентів, все більше випадків ВІЛ виявляється саме серед сільського населення, і що особливо важливо, це переважно пізні діагностування. Імовірно, це може бути пов'язано із гіршим доступом до медичних послуг, в тому числі тестування на ВІЛ, у сільській місцевості.

“У нас в структурі почало збільшуватися кількість виявлення віл серед сільського населення. Ми розуміємо це при тому, що доступність до тестування там вона є нульова. А село воно росте. Тому у нас і в основному, якщо взяти, наприклад, оцих



пацієнтів, які третя, четверта клінічна стадія, то вони переважно з сільської місцевості”

Ще однією специфічною демографічною характеристикою, що також більшою мірою стосується пізньої діагностики ВІЛ, є характерна вікова група старше 50 років. Учасники фокус групи пов'язують це із тим, що сучасна молодь має вищий рівень обізнаності про ризики інфікування ВІЛ та про методи запобігання та профілактики.

“в основному, це вік уже постарше, тому що постарше, ну, десь там, треба брати за 50, 50 і 55. Сюди далі. Це по-перше. По-друге, молодь на сьогоднішній день більш обізнана, більш обізнана.”

Окрім того, виявлення ВІЛ в Україні на пізніх стадіях характерна для ВПО, що виїхали із зони бойових дій. Це пов'язано із відсутністю доступу до медичних послуг в умовах активних військових дій у прифронтових регіонах.

“У нас є ВПО. Вже п'ять років, вони з тих територій. Ну ми в Запоріжжі. Якщо вони переїхали, проживають, чи переїжджали, повертаються і тестуються.”

Говорячи про основні бар'єри та виклики, що стосуються своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції в Україні, найчастіше зазначалась відсутність належного тестування за ініціативи медичних працівників. Незважаючи на широкий перелік індикаторних станів, що є показаннями для направлення на тестування на ВІЛ-інфекцію, лікарі часто нехтують показами до діагностики ВІЛ. Більшість респондентів вважають, що серед лікарів як первинної, так і спеціалізованої ланки надання медичної допомоги, спостерігається відсутність настороженості до ВІЛ-інфекції. Імовірно, це може бути пов'язано із низьким рівнем обізнаності та недостатнім забезпеченням навчання з теми діагностики ВІЛ серед медичних працівників усіх спеціальностей.

“Є певний набір діагнозів, які підпадають під обов'язкове тестування на ВІЛ. А протестовано лише 2-3 відсотки. Тоді питання: а хто це контролює? А чому цей лікар не виконав цей функціонал?”

Деякі респонденти зазначали, що тема профілактики та виявлення ВІЛ-інфекції недостатньо висвітлюється в рамках програм медичної освіти, курсів спеціалізації та підвищення кваліфікації. Фахівці вважають, що таке навчання є актуальним для всіх медичних працівників, в тому числі лікарів різних спеціальностей та середнього медичного персоналу, а також керівництва медичних закладів.

“Я навчалася на спеціалізації по сімейній медицині і я виявила бажання, щоб розказати колегам про ВІЛ. Тобто за півроку не було ні одного заняття.”

Ще однією актуальною проблемою, на думку учасників фокус-групи, є стигматизація діагнозу ВІЛ-інфекція. Що цікаво, питання стигми залишається поширеною проблемою не тільки серед загального населення, а й серед медичних працівників. Всі респонденти погодились із

твердженням про те, що високий рівень утаємничення діагнозу ВІЛ-інфекція створює підґрунтя для стигматизації.

“Вже б взагалі всього цього не було. А ми все продовжуємо: тайна-стигма, тайна-стигма, тайна... Та приберіть тайну і не буде стигми.”

Стигма серед лікарів, а саме уявлення про те, що ВІЛ-інфекція характерна тільки для осіб із ризикованою поведінкою та низьким соціальним статусом, створює перепони у тестуванні. Основною прогалиною стає виявлення ВІЛ-інфекції серед населення, що не відноситься до груп підвищеного ризику інфікування.

“Насправді змінилися ключові групи і ми повинні тестувати не по ключових групах. Можливо, по діагнозах. Це також правильно, але з іншої сторони багато лікарів кажуть, що до мене прийшла заможна людина. Чому при наявності кандидозу і втрати ваги я повинен думати про ВІЛ-інфекцію. Тобто лікарі не насторожені по лінійних показках і є страх образити пацієнта.”

Окрім прогалини у діагностиці ВІЛ-інфекції, стигматизація серед медичних працівників погіршує стигматизованість серед населення. На думку деяких респондентів, найкращим методом боротьби зі стигмою серед населення є просвітницька діяльність, яку мають впроваджувати медичні працівники. Таким чином, боротьба зі стигмою повинна починатись із медичних фахівців, які в свою чергу мають правильно доносити інформацію до пацієнтів.

“І знову таки, персонал, який стигму має, передає страх пацієнту. Пацієнт, навіть якщо б він сам протестувався, з ним повинна бути проведена робота, що дві полоски – це не страшно, її є алгоритм маршруту, куди йти, що робить.”

Важливою проблемою також є відсутність чітких алгоритмів та механізмів перенаправлення пацієнтів для проведення скринінгового та верифікаційного тестування на ВІЛ. Ця проблема також ускладнюється тим, що структура системи протидії ВІЛ-інфекції є неоднорідною поміж регіонами, та не має чіткої вертикалі і належного контролю. Таким чином, навіть при проведенні первинного скринінгу на ВІЛ постає проблема подальшого перенаправлення пацієнта, що призводить до втрати з під медичного нагляду.

“алгоритм має бути зроблений повністю, що первинка має забезпечити і скринінгом, і верифікацією. На верифікацію це будуть не такі великі кошти, але щоб вони розуміли, що вони мають це робити повністю, І лише всі якщо швидкі тести будуть позитивні, тоді вже направляти до профільного закладу, тому що ми дуже багато тут пацієнтів втрачаємо.”

Говорячи про основні потреби для покращення системи діагностики ВІЛ-інфекції, фахівці зазначають необхідність підвищення кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я. Основна необхідність полягає в проведенні систематичного навчання для всіх медичних працівників, спрямоване на підвищення настороженості щодо ВІЛ-інфекції, а також визначення індикаторних станів, що є показами для тестування на ВІЛ. Важливим фактором, який відзначили більшість учасників фокус-групи, є формат проведення такого навчання, а саме

пріоритетним є очне, а не онлайн, навчання що має проводитись медичними працівниками, які мають практичний досвід у сфері діагностики та профілактики ВІЛ-інфекції.

“Очі в очі, все ж таки, офлайн. І якщо ми говоримо про це навчання, то це повинно бути на рівні тих медичних коледжів, училищ, підвищення кваліфікації, із застосування ресурсу регіону, практичних спеціалістів, які можуть розказати, конкретно.”

Окрім підвищення спроможності вже існуючих медичних кадрів, існує значна потреба у збільшенні числа медичних працівників. У багатьох закладах охорони здоров'я існує дефіцит медичних кадрів, що призводить до перевантаження медичних працівників, які мають закривати цю прогалину за рахунок перепрацювань. Таким чином, якість медичних послуг, в тому числі діагностика ВІЛ-інфекції, може бути покращена шляхом збільшення штату середнього медичного персоналу та розширенням їх професійних повноважень у закладах охорони здоров'я.

“Якби це було покласти на медсестру, і медсестрі розширити її права, функціонал, щоб вона могла ініціювати тестування, і щоб за це ще була якась оплата закладу, хоча б, і потім лікарі б набагато ефективніше це робили.”

Говорячи про те, які зміни, на думку респондентів, відбулись за останні роки у системі діагностики ВІЛ-інфекції було визначено, що нововведення є неоднорідними поміж регіонами України, і часто є пов'язаними із реалізацією певних проєктів на території тої чи іншої області. Одна із респонденток зазначила, що найбільшою зміною в їх регіоні стало активне впровадження індексного тестування партнерів ЛЖВ, в тому числі пілотування різних інтервенцій в цьому напрямку. Однак, результативність впровадження стала відчутною лише через декілька років після початку реалізації.

“Наприклад, у 2021 рік ми були по індексному тестуванню. Знадобилося 5 років, тільки зараз вихлоп пішов від індексного тестування. Чесно, тільки зараз.”

Інша респондентка зазначила, що найбільш значною зміною на рівні їх регіону стало впровадження верифікаційного тестування на ВІЛ у всіх ЗОЗ регіону. Таким чином, на рівні закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги доступне скринінгове та верифікаційне тестування на ВІЛ, що знижує частку втрачених пацієнтів на етапі перенаправлення на повторне тестування до іншого закладу охорони здоров'я.

“в нас всі 100% заклади охорони здоров'я первинного, вторинного і третинного рівня тестують на скринінг і верифікацію. Два етапи у всіх закладах проходять. І третій етап вже йде тільки нам.”

Окрім того, окремим питанням, що було піднято під час дискусії, були зміни пов'язані із повномасштабною війною в Україні. Багато хто із респондентів відзначили, що кількість тестувань, особливо серед чоловіків, значно зросла саме через проходження військово-лікарської комісії, що включає обов'язкове тестування на ВІЛ-інфекцію. Однак, незважаючи на активне виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції, такі особи часто втрачаються з під медичного спостереження під час проходження військової служби, і не отримують належну медичну



допомогу пов'язану із встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція. Окрім того, на даний момент, велика кількість чоловіків не доходять до медичних закладів для отримання послуг з профілактики, діагностики та лікування ВІЛ, через страх мобілізації працівниками ТЦК.

“От насправді ТЦК спасло багатьом людям життя. Коли вони роблять правильний алгоритм, коли вони дійсно тестують, не на бумазі тестують, а коли вони дійсно тестують, вони спасли багатьом людям життя. Вони виявили ВІЛ-інфекцію вчасно. Людині, яка б ніколи не прийшла до нас протестуватися. Вони виявили гепатит, вони виявили сифіліс.”

Під час фокус-групової дискусії було також обговорено питання того, які практики можуть бути впровадженні для покращення показників своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції. Однією із таких запропонованих практик було створення долікарського кабінету на базі закладів амбулаторної допомоги, де медична сестра/брат проводитиме первинне тестування пацієнтів, які відповідають переліку індикаторних станів характерних для ВІЛ-інфекції. Окрім скринінгового та верифікаційного тесту на ВІЛ, в такому кабінеті можуть надаватись послуги швидкого тестування до інших інфекційних захворювань (наприклад вірусні гепатити, грип тощо), а також проводитись вимірювання температури тіла, артеріального тиску, глюкози крові та інших базових показників. Така інтервенція, потенційно, може знизити навантаження на сімейних лікарів та інших фахівців амбулаторії, забезпечити краще охоплення тестуванням та підвищити доступність певних медичних послуг для населення.

“Розширення функціоналу медичної сестри і створення долікарських кабінетів. З повним функціоналом. З повним функціоналом медичної сестри. Поміряла там тиск, поміряла температуру, глюкометром поміряла цукор. Заповнила дані в ЄСОЗ, всі процедури внесла, все. Оце тільки розширення. І лікарів тут треба виключити. Лікар має лікувати.”

Ще однією пропозицією від респондентів було внесення скринінгу на ВІЛ-інфекцію до переліку обов'язкових передопераційних обстежень, досліджень під час медичного огляду, програм скринінгу за віком тощо. Таким чином можна значно підвищити охоплення скринінговим тестуванням населення, в тому числі осіб які не входять до груп підвищеного ризику інфікування, однак можуть мати ВІЛ-інфекцію. Це допоможе подолати соціальний бар'єр недотестування осіб, які є ВІЛ-інфікованими але не направляються на діагностику ВІЛ через відсутність ознак ризикованої поведінки (наприклад вживання наркотиків ін'єкційним шляхом або надання сексуальних послуг).

“Можливо, є сенс включити тест на ВІЛ в переліку обов'язкових обстежень. Щоб не можна було виписати людину з стаціонару без цього обстеження. І так само можливо і для сімейних лікарів, що вони не отримують кошти за задекларованого пацієнта, якщо він там раз в рік не здасть загальний аналіз крові, і швидкий тест на ВІЛ”



Висновки до якісного компоненту дослідження

1. Незважаючи на зростання кількості проведених тестувань, діагностика ВІЛ-інфекції залишається несвоєчасною у переважній більшості випадків.
2. Основною тенденцією епідемії ВІЛ-інфекції в Україні є вихід із груп підвищеного ризику інфікування до загального населення, яке не має ознак ризикованої поведінки щодо інфікування на ВІЛ.
3. Основною прогалиною в охопленні послугами з тестування на ВІЛ є населення, що проживає у віддалених сільських районах, де доступ до медичних послуг значно обмежений, що призводить до передачі інфекції серед населення та діагностики на пізніх стадіях.
4. З метою покращення показників більш раннього виявлення ВІЛ-інфекції існує необхідність проведення регулярного систематичного навчання медичних працівників різних спеціальностей, у закладах усіх рівнів, з метою підвищення настороженості щодо ВІЛ-інфекції та покращення визначення індикаторних станів, що є показами до тестування на ВІЛ.
5. Потенційно, для покращення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції в Україні, можуть бути запроваджені деякі системні зміни на національному рівні надання медичної допомоги, наприклад: створення долікарських кабінетів, розширення повноважень медичних сестер, перегляд обов'язкових діагностичних обстежень тощо. Однак, такі зміни мають бути пропілотовані та оцінені на предмет доцільності та ефективності перед впровадженням на рівні системи охорони здоров'я.

Рекомендації

На основі створених висновків до кожного із компонентів дослідження, можна сформулювати наступні рекомендації:

1. **Підвищення спроможності медичних працівників щодо своєчасної діагностики ВІЛ.** Рекомендовано запровадити регулярне безперервне навчання лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу (в т.ч. в рамках БПР та програм післядипломної освіти) щодо питання ранньої діагностики ВІЛ, з акцентом на розпізнаванні розпізнаванню індикаторних станів, опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань (туберкульоз, вірусні гепатити В і С).
2. **Посилення ролі первинної медичної допомоги.** Рекомендовано розробити механізми підвищення відповідальності первинної ланки за своєчасне направлення пацієнтів на тестування, інтегрувати оцінку потреби у тестуванні на ВІЛ до стандартного маршруту пацієнта під час звернення до сімейного лікаря та запровадити моніторинг показників охоплення тестуванням серед закладів первинної медичної допомоги.
3. **Покращення доступності тестування для жителів віддалених районів.** Рекомендовано розширити можливості тестування у сільських та віддалених громадах шляхом розвитку мобільних амбулаторій, виїзних мультидисциплінарних команд, використання швидких тестів на базі місцевих закладів надання первинної медичної допомоги та розповсюдження наборів для самотестування.
4. **Розробка актуальної комунікаційної стратегії для населення.** Рекомендовано адаптувати інформаційні кампанії з урахуванням переходу епідемії ВІЛ до загального населення, з метою формування у населення розуміння, що потреба пройти тестування не визначається лише наявністю ризикованої поведінки а також для підвищення обізнаності щодо шляхів передачі ВІЛ, можливостей безкоштовного тестування та ефективності методів сучасного лікування та профілактики.
5. **Пілотування інноваційних моделей надання послуг із тестування на ВІЛ.** Рекомендовано провести пілотування моделей розширення повноважень медичних сестер, щодо консультування та тестування на ВІЛ, оцінити ефективність створення долікарських кабінетів та інших моделей спрощеного доступу населення до тестування та використати результати пілотних проєктів для запровадження змін у системі охорони здоров'я на національному рівні.