

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ЗВІТ
ІЗ ВИКОНАННЯ РІШЕНЬ
ДЕКЛАРАЦІЇ
ПРО ВІДДАНІСТЬ
СПРАВІ БОРОТЬБИ
З ВІЛ/СНІДОМ**

УКРАЇНА

**Звітний період:
січень 2006 р. – грудень 2007 р.**

НАЦІОНАЛЬНИЙ ЗВІТ

ІЗ ВИКОНАННЯ РІШЕНЬ ДЕКЛАРАЦІЇ
ПРО ВІДДАНІСТЬ СПРАВІ БОРОТЬБИ
З ВІЛ/СНІДОМ

УКРАЇНА

Звітний період :
січень 2006 р. – грудень 2007 р.

КИЇВ
2008

НАЦІОНАЛЬНИЙ ЗВІТ ІЗ ВИКОНАННЯ РІШЕНЬ ДЕКЛАРАЦІЇ ПРО
ВІДДАНІСТЬ СПРАВІ БОРОТЬБИ З ВІЛ/СНІДом. УКРАЇНА. - К., 2008. – 144 с.

Звітний період : січень 2006 р. – грудень 2007 р.

ISBN 976-966-8136-95-5

Публікація даного звіту стала можливою завдяки підтримці з боку ЮНЕЙДС та
МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

ISBN 976-966-8136-95-5



Президент України

Вступне слово до Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом

Україна є однією з 189 країн світу, які у червні 2001 року на Спеціальній сесії Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй прийняли Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Сьогодні підготовлено Національний звіт за 2006-2007 роки з реалізації рішень цієї Декларації. Він свідчить про прогрес у виконанні її положень та взятих зобов'язань.

В Україні на загальнонаціональному рівні значно активізувалася діяльність, спрямована на протидію епідемії, розширюються масштаби відповідних програм та збільшуються обсяги їх державного фінансування. Завдяки партнерству із зарубіжними донорами, передусім із Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, зростає число осіб, охоплених профілактикою та лікуванням.

Ми працюємо у тісному контакті з ООН, українськими й міжнародними неурядовими структурами та з організаціями ВІЛ-позитивних громадян.

Однак, незважаючи на перші обнадійливі зрушення, темпи поширення епідемії в Україні залишаються невтішними. Ростає кількість ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. За експертними оцінками, 1,63 відсотка дорослого населення живе з вірусом імунодефіциту. Ці тривожні показники вимагають максимальної мобілізації зусиль держави і всього суспільства.

У грудні 2007 року створено Координаційну раду з питань ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, яка під особистим контролем Президента України регулярно відстежуватиме хід національної боротьби з епідемією. Щоб досягти її спаду, в наступні п'ять років необхідно послідовно нарощувати обсяги протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, дбати, щоб кожний наш крок був стратегічно виваженим, скоординованим та ефективним.

Ми робитимемо все для забезпечення доступу усім, хто зіткнувся з проблемою ВІЛ/СНІДу, до необхідних послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки, зміцнюватимемо внутрішньонаціональне та міжнародне партнерство для досягнення цієї мети.

Україна ще раз підтверджує свою готовність і надалі виконувати положення Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом.

Віктор ЮЩЕНКО



ПЕРЕДМОВА

Від імені Міністерства охорони здоров'я України дозвольте запропонувати до Вашої уваги Національний звіт України з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД (звітний період: січень 2006 р. – грудень 2007 р.).

Цей звіт є найбільш системним аналізом національних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, що будь-коли готувався Україною. З представлених національних показників та їх обґрунтування Ви можете переконатися, що впродовж цього звітного періоду Україна досягла значних успіхів у посиленні національних заходів з протидії СНІДу. Уже забезпечено загальний доступ усім вагітним жінкам до тестування на ВІЛ; понад 92% ВІЛ-інфікованих вагітних жінок отримували антиретровірусні препарати для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини; ми продовжуємо швидко розширювати охоплення ВІЛ-інфікованих антиретровірусною терапією (АРТ) і поліпшувати її якість. У 2008 році АРТ надаватиметься 6 тисячам пацієнтів, а заходи з ППМД, що їх підтримував Глобальний фонд, забезпечуватимуться Урядом України. Відповідно до вимог українського законодавства ми також послідовно розширюємо охоплення пацієнтів у зв'язку з ВІЛ з метою забезпечення всім універсального доступу до профілактики, лікування та догляду.

Протягом звітного періоду Уряд України продовжував здійснювати безпрецедентне фінансування національних заходів для боротьби з ВІЛ/СНІДом. Міністерство охорони здоров'я з гордістю повідомляє, що державне фінансування цих заходів у 2006 році зросло до 281 млн. грн. (55 млн. дол. США). Сьогодні головним джерелом фінансування заходів з протидії епідемії в Україні є державний бюджет, а обсяги та питома вага наданих державою коштів постійно збільшуються. Однак цих коштів все ж таки ще недостатньо, щоб істотно вплинути на перебіг епідемії. Лише тісна співпраця з неурядовими організаціями, міжнародними донорами, насамперед з Глобальним фондом, USAID, Організацією Об'єднаних Націй, Європейською Комісією та державами – учасницями ЄС, дозволить Міністерству охорони здоров'я мобілізувати додаткові внутрішні та міжнародні ресурси, щоб спрямувати розвиток епідемії ВІЛ-інфекції у зворотному напрямі, знизити смертність внаслідок СНІДу і забезпечити належний догляд та підтримку тим, хто цього потребує.

Досягнення, відображені у цьому звіті, значною мірою є результатом активного співробітництва Уряду України з нашими ключовими партнерами, насамперед Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні та Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ. Вагомий внесок зроблено агенціями ООН, що входять до складу ЮНЕЙДС, а також Секретаріатом ЮНЕЙДС, який надав неоціненну допомогу в розвитку національної системи моніторингу та оцінки в Україні.

При підготовці цього звіту використано набір національних показників, які повністю відповідають оновленим Керівним принципам ЮНЕЙДС щодо моніторингу виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Параметри кожного показника були визначені, переглянуті та затверджені відповідними органами державної влади. Координацію процесу підготовки звіту забезпечував Український центр з профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України за підтримки Національної робочої групи з моніторингу та оцінки при Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Кабінеті Міністрів України. Остаточний варіант звіту було затверджено Національною радою 21 лютого 2008 року. Міністерство охорони здоров'я України висловлює свою глибоку вдячність тій великій групі урядових, неурядових та міжнародних експертів, які сприяли підготовці цього звіту.

Настійно рекомендуємо усім сторонам, причетним до питань протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, уважно ознайомитися з цим документом: це – найповніший звіт про заходи з протидії епідемії в Україні, що його будь-коли готували у нашій державі. Як центральний орган державної виконавчої влади в Україні, що несе відповідальність за координацію національної протидії ВІЛ/СНІДу, Міністерство охорони здоров'я беренасебе зобов'язання сприймати цей документ як путівник і керівництво до дії для подальшого виконання положень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, забезпечення загального доступу до лікування, профілактики, догляду та підтримки та досягнення Цілі розвитку тисячоліття щодо обмеження поширення ВІЛ та СНІДу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів до 2015 року.

Василь Михайлович Князевич
Міністр охорони здоров'я України

ПОДЯКИ

Цей звіт офіційно затверджений на засіданні Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу 21 лютого 2008 року, підписаний Президентом України та Міністром охорони здоров'я.

Звіт підготовлений робочою групою у складі:

- Бочкова Лариса Василівна, начальник відділу моніторингу Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України;
- Муравський Олександр Михайлович, спеціаліст відділу національних програм та технічної допомоги, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Салданна Віней, радник з питань моніторингу та оцінки ЮНЕЙДС в Україні;
- Салюк Тетяна Олександрівна, менеджер з досліджень та оцінки, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Щербінська Алла Михайлівна, директор Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України.

Робоча група з підготовки звіту щиро вдячна за неоціненний внесок до даного звіту:

- спеціалістам із п'яти дослідницьких агенцій та інститутів, які здійснювали збір та аналіз даних;
- працівникам Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально-небезпечним хворобам Міністерства охорони здоров'я України;
- представникам центральних органів виконавчої влади, відповідальним за підготовку та схвалення наведених у звіті даних, зокрема спеціалістам Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти та науки України, Міністерства праці та соціальної політики України, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства оборони України та Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту.

Зокрема робоча група хотіла би відзначити високий професіоналізм та відданість справі боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД колег, без підтримки та суттєвого внеску яких цей звіт не був би можливим:

- Авраменка Олександра Олександровича, завідувача Центру здоров'я Збройних Сил України;
- Александріну Тетяну Андріївну, радника з питань ДКТ Проекту розвитку ВІЛ/СНІД сервісу;
- Балакіреву Ольгу Миколаївну, Голову правління Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка;
- Бондар Тетяну Василівну, заступника директора Українського інституту соціальних досліджень ім. О. Яременка;
- Варбан Марину Юріївну, менеджера з розвитку ресурсів технічної допомоги МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Варецьку Ольгу В'ячеславівну, керівника відділу моніторингу та оцінки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Демченко Ірину Леонідівну, директора аналітичного центру «Соціоконсалтинг»;
- Дієву Тетяну Сергіївну, аналітика центру соціальних та політичних досліджень «Соціс»;
- Єреська Олега Вікторовича, директора департаменту загальної середньої та дошкільної освіти Міністерства освіти і науки України;
- Єщенко Олену Григорівну, заступника голови Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам Міністерства охорони здоров'я України;
- Заїку Романа Анатолійовича, консультанта відділу моніторингу та оцінки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- Земцова Олега Миколайовича, начальника санітарно-епідеміологічного управління Міністерства оборони України;
- Кобищу Юрія Віталійовича, медичного спеціаліста/епідеміолога програми з ВІЛ/СНІД, Бюро ВООЗ в Україні;
- Кощинця Василя Васильовича, голову Державного департаменту України з питань виконання покарань;

- Криворук Ларису Теодозіївну, головного спеціаліста сектору правового та інформаційно-аналітичного забезпечення Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України;
- Круглова Юрія Валентиновича, епідеміолога Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом;
- Курпліту Володимира Івановича, медичного спеціаліста програми з ВІЛ/СНІД Бюро ВООЗ в Україні;
- Ніколко Маріанну Вікторівну, незалежного консультанта;
- Ніцой Анастасію Андріївну, консультанта з питань фінансового моніторингу ЮНЕЙДС в Україні;
- Пархоменко Жанну Василівну, спеціаліста з ВІЛ/СНІД офісу Фонду Народонаселення;
- Патрикееву Олену Олександрівну, завідувача центру моніторингу та оцінки превентивної освіти для дітей та молоді Інституту інноваційних технологій і змісту освіти Міністерства освіти і науки України;
- Пашковича Володимира Леонідовича, начальника лабораторії Центру профілактики ВІЛ-інфекції/СНІД науково-дослідного інституту проблем військової медицини Збройних Сил України;
- Петренко Тетяну Вікторівну, завідувача відділом кількісних досліджень Київського міжнародного інституту соціології;
- Петренка Василя Івановича, голови Комітета з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України;
- Салабай Наталію Володимирівну, керівника відділу моніторингу та оцінки Всеукраїнської мережі ЛЖВ;
- Семигіну Тетяну Валеріївну, керівника центру соціально-психологічного аналізу Державного інституту розвитку сім'ї та молоді;
- Сторожук Людмилу Анатоліївну, заступника директора Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом;
- Тесленка Валентина Вікторовича, заступника міністра освіти і науки України;
- Толстоухову Світлану Валентинівну, заступника міністра України у справах сім'ї, молоді та спорту;
- Щербину Вікторію Леонардівну, головного наукового співробітника центру соціально-психологічного аналізу Державного інституту розвитку сім'ї та молоді.

Публікація даного звіту стала можливою завдяки підтримці з боку ЮНЕЙДС та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

© Міністерство охорони здоров'я України, «Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом» – звітний період 2006-2007 роки», (Київ 2008)

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АМР США	Агентство США з міжнародного розвитку
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
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДЕН	дозорний епідеміологічний нагляд
ДКТ	добровільне консультування та тестування на ВІЛ
ЖКС	жінки комерційного сексу
ЗМІ	засоби масової інформації
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
Керівні принципи	Керівні принципи розробки ключових показників до звітності за 2008 рік
Комітет	Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України
ЛЖВС	люди, які живуть з ВІЛ/СНІДом
МіО	моніторинг і оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
МОН	Міністерство освіти і науки України
НУО	неурядові організації
Звіт	Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом (цей документ)
Національна програма	Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки
ППМД	Програми профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (профілактика вертикальної трансмісії)
РКС	Робітники комерційного сексу
СІН	Споживачі ін'єкційних наркотиків
СБ	Світовий Банк
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ССГАООН	Спеціальна сесія Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІДу
Показник ССГА-ООН	Показник, за яким країни звітують в ООН щодо виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом відповідно до Керівних принципів розробки ключових показників до звітності за 2008 рік
УЦС	Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України
ЧСЧ	чоловіки, які мають секс із чоловіками
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма ООН з питань ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	Дитячий Фонд Організації Об'єднаних Націй

ЗМІСТ

Вступне слово	3
Передмова	5
Розділ I. ЗМІСТ	9
Розділ II. Стислий огляд	11
А) Участь зацікавлених партнерів у процесі написання звіту	11
В) Стан епідемії	12
С) Програмні та політичні дії у відповідь на епідемію	17
D) Дані показників ССГАООН	20
Розділ III. Огляд епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу	22
Показник № 23. Поширеність ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень серед груп уразливих до ВІЛ	22
Споживачі ін'єкційних наркотиків	22
Особи, які надають сексуальні послуги за плату	23
Чоловіки, які мають секс із чоловіками	25
Показник №22. Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років	26
Показник №24. Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	26
Показник №25. Відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	27
Розділ IV. Національні заходи у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу	28
Національний показник відданості і діяльності	29
Показник 1. Обсяг і структура державних та міжнародних витрат на заходи, що спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу	29
1. Оцінка коштів, виділених з державних джерел	29
2. Оцінка витрат міжнародної допомоги	30
3. Оцінка приватних витрат	30
4. Напрямки фінансування національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу	31
Показники Національної Програми	32
Показник №3. Відсоток одиниць донорської крові, перевіреної на ВІЛ з гарантуванням якості	32
Показник № 4. Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію	34
Показник №5. Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	35
Показник №6. 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	36
Показник №7. Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	37
Сексуально активна молодь	38
Показник №8. Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12-ти місяців та знають свої результати	39
Споживачі ін'єкційних наркотиків	39
Робітники комерційного сексу	40
Чоловіки, які мають секс із чоловіками	41
Засуджені	41
Показник №9. Відсоток представників груп високого ризику інфікування ВІЛ, охоплених профілактичними програмами	42
Споживачі ін'єкційних наркотиків	42
Особи, які надають сексуальні послуги за плату	43
Чоловіки, які мають секс із чоловіками	44
Засуджені	45
Сексуально активна молодь	46
Показник №11. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів в Україні, що мають підготовлених учителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ	46
Показник №10. Відсоток сиріт та вразливих щодо ВІЛ дітей віком 0 – 17 років, чії домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною	47
Показник №12. Поточне відвідування школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, віком 10-14 років	48
Показники знань та поведінки	48
Рівень знань молоді щодо ВІЛ	48
Показник №13. Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	48
Знання представників груп високого ризику про ВІЛ	49
Показник №14. Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	49
Споживачі ін'єкційних наркотиків	50
Особи, які надають сексуальні послуги за плату	51

Чоловіки, які мають секс із чоловіками	52
Засуджені	53
Військовослужбовці	54
Ризиковані статеві стосунки	56
Показник №15. Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	56
Показник №16. Відсоток чоловіків та жінок віком 15-49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	56
Показник №17. Відсоток жінок та чоловіків 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	57
Безпечна поведінка серед груп найвищого ризику	57
Показник №18. Відсоток опитаних осіб, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату і повідомили про використання презервативу під час статевого акту з останнім клієнтом	57
Показник №19. Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього статевого акту із партнером-чоловіком	58
Показник №20. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту	59
Показник №21. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	60
Показник №26: Відсоток військовослужбовців, які повідомили про користування презервативами під час статевих контактів із непостійними партнерами	60
Розділ V. Кращий досвід	62
А) Політичне лідерство та відповідальність Глави держави	62
Б) Лідерство та надання послуг громадянським суспільством	63
В) Профілактика: Національна програма профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини	63
Г) Профілактика: Високий рівень охоплення та інтенсивність програм зменшення шкоди	64
Д) Моніторинг охоплення послугами та використання їх клієнтами	65
Е) Оцінка чисельності груп ризику	65
Розділ VI. Основні проблеми та відповідні дії	66
А) Прогрес, досягнутий у вирішенні ключових проблем, зазначених у Звіті країни з виконання положень ССГАООН за 2006 рік	66
Б) Проблеми, що виникли протягом звітного періоду (2006-2007рр.) і заважали національній відповіді, загалом, та у досягненні цілей ССГАООН, зокрема	68
В) Конкретні дії, що плануються для забезпечення досягнення узгоджених цілей ССГАООН	69
Розділ VII. Підтримка країни партнерами з розвитку	70
А) Ключова допомога, отримана з боку партнерів з розвитку для забезпечення досягнення цілей ССГАООН.	70
Б) Дії задля забезпечення досягнення цілей ССГАООН	72
Розділ VIII. Умови для моніторингу і оцінки	73
ДОДАТОК 1 КОНСУЛЬТАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС/ПІДГОТОВКА НАЦІОНАЛЬНОГО ЗВІТУ ПРО ХІД РОБОТИ З МОНІТОРИНГУ ВИКОНАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ ПРО ВІДДАНІСТЬ СПРАВІ БОРОТЬБИ З ВІЛ/СНІДОМ	75
ДОДАТОК 2 НАЦІОНАЛЬНИЙ КОМБІНОВАНИЙ ІНДЕКС ПОЛІТИКИ (НКІП), 2007 р.	76
РЕСПОНДЕНТИ НАЦІОНАЛЬНОГО КОМБІНОВАНОГО ІНДЕКСУ В СФЕРІ ПОЛІТИКИ (НКІП)	77
Частина А	
АНКЕТА НАЦІОНАЛЬНОГО КОМБІНОВАНОГО ІНДЕКСУ ПОЛІТИКИ	79
I. СТРАТЕГІЧНИЙ ПЛАН	79
Описова частина до розділу А.I. Стратегічний план	86
II. ПОЛІТИЧНА ПІДТРИМКА	91
Описова частина до розділу А.II. Політична підтримка	95
III. ПРОФІЛАКТИКА	98
Описова частина до розділів А.III. та В.III. Профілактика	103
IV. ЛІКУВАННЯ, ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА	106
Описова частина до розділів А.IV. та В. IV. Лікування, догляд та підтримка	109
V. МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА	111
Описова частина до розділу А.V. Моніторинг і оцінка.	
Частина Б	
I. ПРАВА ЛЮДИНИ	119
Описова частина до розділу Б.	
I. Права людини	126
II. УЧАСТЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА	128
Описова частина до розділу Б.	
II. Участь громадянського суспільства	130
III. ПРОФІЛАКТИКА	131
IV. ЛІКУВАННЯ, ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА	133
ДОДАТОК 3. СУПРОВІДНИЙ ЛИСТ	138
ДОДАТОК 4 НАЦІОНАЛЬНА МАТРИЦЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗА 2005-2006 рр.	139

СТИСЛИЙ ОГЛЯД

Україна у 2008 році подає до Секретаріату ЮНЕЙДС третій Національний звіт за період із січня 2006 року по грудень 2007 року¹ з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, яка була одностайно ухвалена Генеральною Асамблеєю ООН у 2001 році. Це найбільш повний та вичерпний огляд розвитку відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД, який складається з 26 показників, у т.ч. з 25, рекомендованих Керівними принципами з розробки ключових показників для усіх 191 країн-членів ООН, а також 1 додаткового показника щодо поведінки військовослужбовців, що входить до переліку національних показників моніторингу та оцінки.

Деякі цілі Декларації стосуються країн лише з генералізованою епідемією ВІЛ/СНІД. Тому, у Звіті 2008 року Україна не визначає наступні три показники.

Показник №10: «Відсоток сиріт та вразливих щодо ВІЛ дітей віком 0-17 років, чиї домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною». Україна не надає дані, оскільки моніторинг за цим показником проводиться лише за умови генералізованої епідемії.

Показник №12: «Поточне відвідування школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, чиї домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною». Цей показник недоречно застосовувати в Україні, тому що згідно з українським законодавством, загальна середня освіта є обов'язковою для всіх дітей, незалежно від їхнього здоров'я чи соціального статусу.

Показник №22: «Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років» застосовується для країн із генералізованою стадією епідемії, а в Україні епідемія все ще перебуває у концентрованій стадії.

Частина показників була розрахована на основі даних, отриманих з існуючих джерел статистичної звітності. Для розрахунку інших були проведені спеціальні соціологічні та епідеміологічні дослідження, як серед населення в цілому, так і серед груп, уразливих до інфікування ВІЛ.

З метою забезпечення якості та можливості порівняльного аналізу ситуації в різних країнах, збір даних проводився з використанням стандартизованих методик, рекомендованих Керівними принципами з розробки ключових показників.

А) Участь зацікавлених партнерів у процесі написання звіту

Кабінет Міністрів України своїм розпорядженням №890-р від 13 грудня 2004 року зобов'язав центральні органи виконавчої влади проводити моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД за національними показниками. На виконання цього розпорядження Міністерство охорони здоров'я України видало наказ, яким затверджено перелік національних показників моніторингу та оцінки ефективності заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІД згідно з рекомендаціями Керівництва ЮНЕЙДС.

Першочергову відповідальність за проведення моніторингу і оцінки виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом покладено на національні органи виконавчої влади. Відповідно до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», Міністерство

¹ Вперше Україна подала звіт у 2003 році. Другий «Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД за 2003-2005 роки було подано у 2006 р.

охорони здоров'я України є спеціально уповноваженим органом виконавчої влади, що несе відповідальність за координацію національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД. За координацію процесу підготовки та подання Національного звіту з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом, а також ухвалення показників центральними органами виконавчої влади та Урядом України несе відповідальність Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України (надалі – Комітет).

В Україні за збір даних та звітність відповідають п'ять ключових центральних органів виконавчої влади: Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство освіти і науки України, Міністерство оборони України та Державний департамент України з питань виконання покарань. Вони затверджують значення відповідних показників.

Безпосередню підготовку Звіту 2008 року забезпечив Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. Технічна допомога надавалась робочою групою з моніторингу і оцінки при Національній Раді протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, ЮНЕЙДС в Україні разом із ВООЗ та ЮНІСЕФ, а також проектом «Визначення політики з питань здоров'я, Технічне завдання», що виконується компанією Констелла Ф'ючерс Інтернешинал за фінансової підтримки Агенції США з міжнародного розвитку (AMP США/USAID).

Дані та результати Звіту представляють погоджену точку зору широкого загалу партнерів, залучених до національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні, і схвалені Урядом України. Згідно з рекомендаціями, що зазначені у Керівних принципах з розробки ключових показників, Звіт був підготовлений та обговорений на зустрічі зацікавлених сторін та партнерів. Дані специфічних показників розглянуті експертами державних, недержавних та міжнародних організацій. Відповідно до рекомендацій ЮНЕЙДС, кожен із національних показників та проект Національного звіту України з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом були презентовані, обговорені та схвалені на зустрічах робочої групи з моніторингу і оцінки за участі представників центральних органів виконавчої влади, громадських, міжнародних та двосторонніх організацій, у тому числі мережі людей, які живуть з ВІЛ. Попередній проект Звіту був розповсюджений серед усіх членів робочої групи моніторингу і оцінки. Їхні коментарі та зауваження прийняті до уваги в процесі підготовки остаточної редакції Звіту, який був представлений Міністерством охорони здоров'я України на зустрічі зацікавлених сторін у січні 2008 року. В зустрічі брали участь понад сто учасників.

Звіт в остаточній редакції був переглянутий і прийнятий на засіданні Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу 21 лютого 2008 року. До складу Національної ради входять 30 членів. Це 16 представників Уряду України, 14 представників недержавних організацій та громадськості, зокрема люди, які живуть з ВІЛ, а також представники міжнародних і двосторонніх агенцій. Після перегляду даний Звіт був офіційно підписаний Президентом України та Міністром охорони здоров'я України. Остаточна версія Звіту українською та англійською мовами була направлена в Секретаріат ЮНЕЙДС у Женеві.

В) Стан епідемії

З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2007 року включно, в Україні офіційно зареєстровано 122 674 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 22 456 випадків захворювання на СНІД та 12 511 випадків смерті від захворювань, обумовлених СНІДом.

Протягом 2007 року в країні зареєстровано 17 669 нових випадків ВІЛ-інфекції (38,0 на 100 тис. населення). Особливе занепокоєння викликає доволі високий темп розвитку епідемії. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2006 році порівняно з 2005 роком зріс на 16,8%, а у 2007 році порівняно з попереднім роком рівень приросту становив 10,5% (рис. 1). Згідно з офіційними даними, у 2007 році кожного дня у 48 осіб встановлювали діагноз ВІЛ-інфекція, у 12 – діагноз СНІДу, а більше 6 осіб помирало від СНІДу.

З усіх офіційно зареєстрованих з початку епідемії хворих на ВІЛ-інфекцію громадян України тільки частина сьогодні живі та перебувають під диспансерним наглядом. Так, на кінець 2007 року, в Україні 81 741 особа перебувала на диспансерному обліку (176,2 на 100 000 населення), з них 8 944 – з діагнозом СНІД (19,3 на 100 000 населення).

Кількість офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції занижена порівняно з реальними розмірами епідемії і відображає лише тих ВІЛ-інфікованих, які звернулися до медичних закладів. Відомо, що реальна кількість ВІЛ-інфікованих є значно вищою. Згідно з останніми оцінками, на кінець 2007 року вона становить 440 000 ВІЛ-інфікованих (в інтервалі від 255 000 до 640 000 осіб). Таким чином, рівень поширеності ВІЛ серед дорослого населення України (віком від 15 до 49 років) становить 1,63%. Ці цифри засвідчують, що в Україні склалася найгостріша епідемічна ситуація в Європі та серед країн СНД.

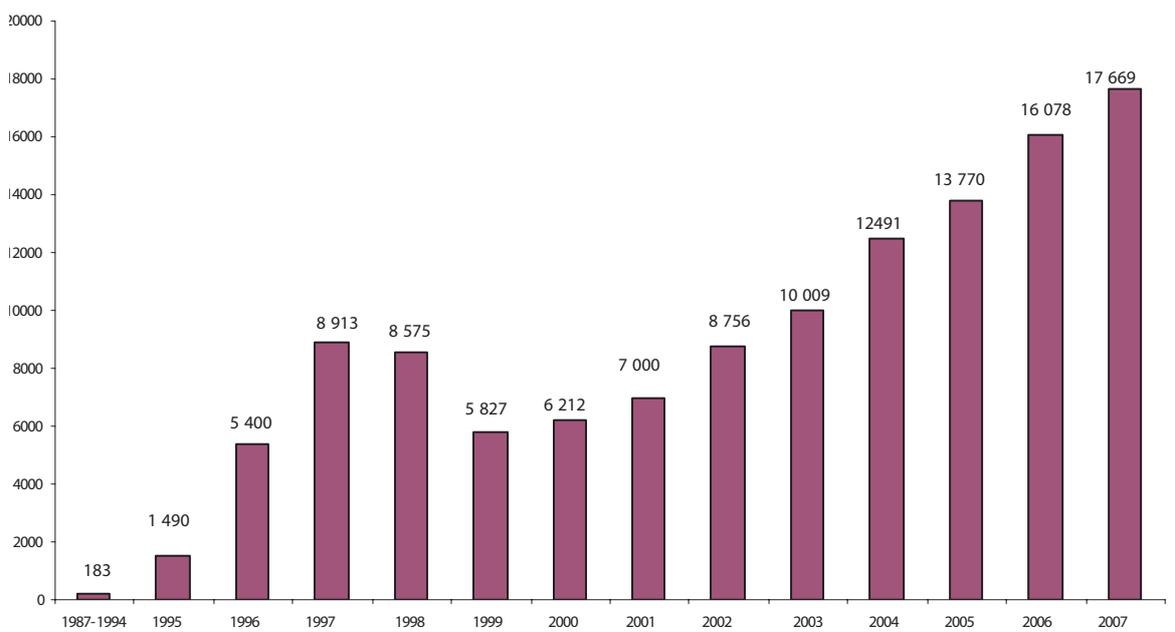


Рис. 1. Динаміка офіційно зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України по роках за період 1987-2007 рр.

Останнім часом зростає кількість людей із розвинутою стадією ВІЛ-інфекції, у яких діагностовано СНІД. Тобто, вже сьогодні СНІД є серйозним викликом системі охорони здоров'я України. Темпи розвитку епідемії ВІЛ та смертності від СНІДу випереджають зусилля щодо їх стримування. Кількість хворих на СНІД збільшувалась щороку, аж до рекордної межі – 4 723 випадки в 2006 році і з незначним зменшенням – до 4 573 випадків у 2007 році. Таке зниження може бути пов'язане з впровадженням широкомасштабної антиретровірусної терапії в Україні у 2006-2007 рр., коли зростаюча кількість пацієнтів з розвинутою стадією ВІЛ-інфекції була забезпечена АРТ ще на III клінічній стадії захворювання,

що в свою чергу запобігло прогресуванню захворювання до стадії СНІД. У 2007 році було зареєстровано 2 507 випадків смерті, спричинених СНІД (рис.2).

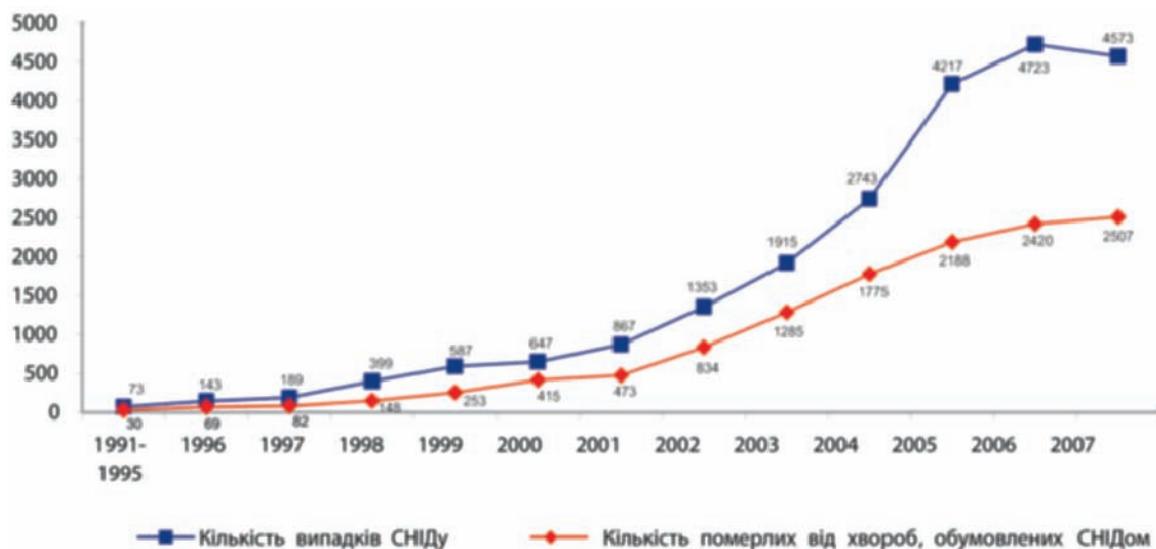


Рис. 2. Кількість нових випадків СНІДу та померлих від хвороб, обумовлених СНІДом, серед громадян України в 1991-2007 рр.

Майже 78% ВІЛ-інфікованих громадян України становлять особи репродуктивного та працездатного віку – 15-49 років. У 2006 році частка молодих людей віком 15-24 роки серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб становила 16,2%, тоді як у 2007 році частка цієї групи зменшилась до 15% від усіх зареєстрованих випадків.



Рис. 3. Поширеність зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед дорослих і дітей по регіонах України на кінець 2007 року*

Існує значна різниця у поширеності ВІЛ-інфекції по областях України. Найбільш високі показники зареєстровано у південно-східних регіонах країни (рис. 3): в Одеській

області – 414,2 на 100 тис. населення (9905 осіб), у Дніпропетровській області – 414,2 на 100 тис. населення (14079 осіб), у Донецькій області – 395,6 на 100 тис. населення (17962 особи), у Миколаївській області – 378,9 на 100 тис. населення (4564 особи), у м. Севастополь – 309,4 на 100 тис. населення (1174 особи), в АР Крим – 239,1 на 100 тис. населення (4714 особи), у м. Києві – 194,4 на 100 тис. населення (5317 осіб), де цей показник значно перевищує середній по країні, що на кінець 2007 року становив 176,2 випадків на 100 тис. населення. На ці території припадає 70% усіх зареєстрованих хворих на ВІЛ-інфекцію, які перебувають під медичним наглядом.

Епідемія ВІЛ-інфекції залишається концентрованою у групах найбільшого ризику. За цей період, як і раніше, частка шляху передачі ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом залишається високою, і становить 40% серед випадків, зареєстрованих у 2007 році (рис. 4). Частка споживачів ін'єкційних наркотиків продовжує знижуватись кожного року – з 87,6% у 1997 році до 40,1% у 2007 році.²

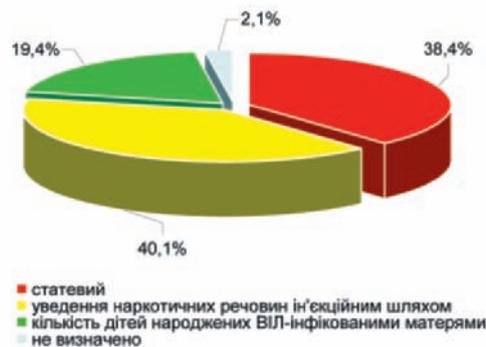


Рис. 4. Шляхи інфікування ВІЛ серед нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у 2007 р.

Важливо наголосити, що з 1999 року відбувається збільшення абсолютної кількості СІН серед нових випадків ВІЛ-інфекції при щорічному зменшенні частки СІН в загальній кількості нових випадків ВІЛ-інфекції. Разом з цим, вперше абсолютна кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків дещо зменшилася: з 7127 осіб у 2006 до 7088 у 2007 році (рис. 5).

Ще одна група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ – це чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ). У 2007 році офіційно зареєстровано 48 нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи. Це більше третини зі 158 випадків, зареєстрованих із 1987 року серед цього прошарку населення. Можна припустити, що існує суттєве недорахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних із сексуальними стосунками серед чоловіків, у зв'язку з віднесенням їх до іншої групи населення або недостатньою діагностикою.

В Україні не реєструють випадки ВІЛ-інфекції серед робітників комерційного сексу, оскільки важко виділити цю групу з усіх випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом. Однак дані дозорного епідагляду вказують на широку і зростаючу епідемію серед цієї групи.

Із кінця 90-х років зростає чисельність і питома вага випадків передачі ВІЛ статевим шляхом. Так, частка випадків інфікування гетеросексуальним шляхом швидко збільшується і у 2007 році досягла 38,4% (рис. 4). Ця тенденція вказує на зростаючий вплив гетеросексуального шляху передачі ВІЛ. Таке зростання тісно пов'язане з ризикованою сексуальною поведінкою споживачів ін'єкційних наркотиків. Дані дослідження поведінки серед тих, хто

² Незважаючи на той факт, що частка шляху передачі від матері до дитини становила 19,4%, реальна частка ВІЛ-інфікованих дітей, що народились від ВІЛ-інфікованих матерів, є значно меншою. У 2007 році частка шляху передачі від матері до дитини становила 1,8%, оскільки відсоток 19,4 включає всіх дітей, народжених з антитілами на ВІЛ і чий остаточний ВІЛ-статус не підтверджений.

інфікувався ВІЛ нещодавно, свідчать, що 22% тих, хто отримав ВІЛ статевим шляхом в 2006-2007 роках, мали за останні 12 місяців постійного партнера, який вживає наркотики.³

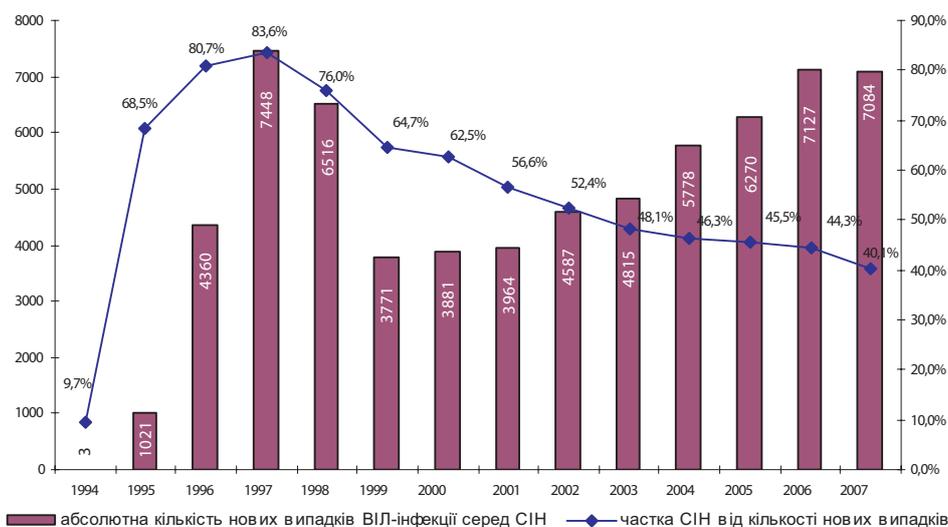


Рис. 5. Офіційно зареєстровані ВІЛ-інфіковані СІН по роках за період 1994-2007 рр.

Зростання гетеросексуального шляху передачі та кількості ВІЛ-інфікованих жінок дітородного віку в свою чергу спричинило поступове збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями (рис. 6). Незважаючи на те, що ці новонароджені спочатку мають позитивний результат на антитіла до ВІЛ, більшість із них насправді є ВІЛ-негативними. Новонароджених, чий позитивний ВІЛ-статус не був підтверджений у 18 місяців, знімають з диспансерного обліку ВІЛ-інфікованих осіб. Як приклад, в Україні у 2007 році ВІЛ-інфікованими матерями було народжено 3430 дітей, проте лише в 257 дітей, які були народжені за останні 18 місяців, підтвердили ВІЛ-позитивний діагноз. Хоча в країні і спостерігається прогрес у профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини, загальна кількість дітей із підтвердженим ВІЛ-статусом продовжує зростати.

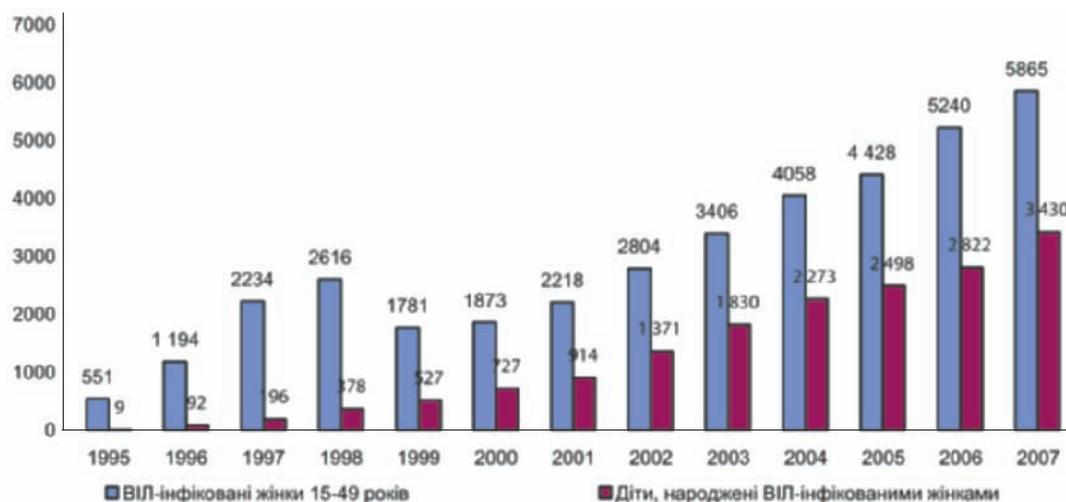


Рис. 6. Динаміка кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку та дітей, народжених цими жінками в Україні за період 1995-2007 рр.

³ Дослідження випадків ранньої сероконверсії та нещодавнього інфікування. Неопубліковані дані, МБФ Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні.

У зв'язку з відсутністю доказів, які підтверджують, що статевий шлях передачі серед загального населення зумовлює більшість нових випадків ВІЛ-інфекції, Україну все ще відносять до країн з епідемією, що переважно концентрується серед найбільш уразливих груп населення.

С) Програмні та політичні дії у відповідь на епідемію

Протягом звітного періоду 2006-2007 рр. в Україні намітився деякий прогрес у політичній підтримці протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Насамперед це полягає в тому, що з метою впровадження Національної програми з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу Постановою Кабінету Міністрів України у складі Міністерства охорони здоров'я України створений урядовий орган державного управління: Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам.

У звітний період Урядом України збільшувалося державне фінансування⁴ Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді для створення нових служб з надання соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків і членам їхніх сімей на місцевому рівні, а також для проведення інформаційно-просвітницьких заходів щодо профілактики наркоманії та ВІЛ-інфекції.

У 2006 році законодавчо скасовано кримінальну відповідальність за проституцію, що дало можливість розширити профілактичні програми серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату.

У грудні 2007 року за результатами розширеної наради з питань ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні під головуванням Президента України Віктора Ющенка, був виданий Указ⁵, яким передбачено створення Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії як консультативно-дорадчого органу при Президентові України. Роль цієї Ради полягає у забезпеченні активізації діяльності Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, що створена Урядом країни, а також у визначенні конкретних відповідальних установ та першочергових кроків щодо зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції, захворюваності на СНІД та смертності від захворювань, обумовлених СНІДом в країні. Зокрема, за результатами цієї наради Комітетом контролю за наркотиками за попереднім погодженням зі Службою безпеки України видано сертифікат на ввезення в Україну лікарського наркотичного препарату «Метадон», що стимулюватиме кардинальне розширення програм замісної підтримуючої терапії у 2008 р.

Протягом звітного періоду Уряд країни продовжує виконувати ряд стратегічних зобов'язань щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, спільно з міжнародними і неурядовими організаціями.

Починаючи з 2004 року Кабінетом Міністрів України впроваджується Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр. (надалі – Національна програма). У відповідь на зростаючу епідемію ВІЛ в Україні діюча Національна програма була переглянута з урахуванням сучасних епідеміологічних тенденцій, наявності фінансових, матеріальних, інших ресурсів та у зв'язку з необхідністю забезпечення універсального доступу до послуг із профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки. Результатом такого перегляду стало

⁴ Постанова Кабінету Міністрів України №318 «Про затвердження Порядку використання у 2006 р. субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам для надання соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків і членам їх сімей»

⁵ Указ Президента України №1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні» від 12 грудня 2007 р.

затвердження «Заходів з виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2008 р.⁶» Ці заходи, так само, як і Національна програма в цілому, мають міжсекторальний характер та стосуються ключових виконавців. До Національної програми віднесені й заходи, заплановані в рамках грантів Глобального Фонду боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією (ГФСТМ). Зростає обсяг фінансування дій, спрямованих на подолання епідемії, з національного бюджету, розширюється коло донорських організацій, збільшуються обсяги фінансування ними програм профілактики інфікування ВІЛ серед різних цільових груп, консультування та тестування на ВІЛ, лікування, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ.

У 2006 році під час засідання Генеральної Асамблеї ООН Україна брала участь у Зустрічі на високому рівні з проблеми ВІЛ/СНІД. За одностайної підтримки з боку інших держав-членів ООН, Україна ухвалила Політичну Декларацію з ВІЛ/СНІД, яка зобов'язує всі країни-учасниці «докласти всіх необхідних зусиль задля досягнення цілей універсального доступу до програм профілактики, лікування, догляду та підтримки до 2010 року». Ці зобов'язання були відображені в розробленій «Дорожній Kartі щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.» У квітні 2007 року ця Дорожня Карта була ухвалена Національною Координаційною Радою.

У кінці 2007 року Уряд України розпочав підготовку нової Національної програми на період 2009-2013 рр. Міжвідомча робоча група створена Міністерством охорони здоров'я України за участю ключових виконавців діючої Національної програми, міжнародних, громадських організацій створено міжвідомчу робочу групу, діяльність якої координує Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України.

Крім цього, протягом 2006-2007 рр. розроблено кілька галузевих програм та спеціальних планів заходів щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Низкою регуляторних та програмних документів було посилено спроможність системи охорони здоров'я України покращити доступ хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД до діагностики, лікування, планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я, розширення профілактичних послуг щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків.

Профілактику поширення ВІЛ-інфекції визначено як одну з ключових сфер у Національній програмі профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. Більшість заходів Національної програми впроваджувались МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» разом із партнерськими організаціями неурядового та урядового секторів. Профілактичні заходи у групах найвищого ризику проводять понад 150 недержавних організацій майже в усіх областях України, крім Чернігівської області. Охоплення такими послугами в останні роки значно зросло. Наприкінці 2007 року ці програми досягли кумулятивного охоплення понад 140 000 споживачів ін'єкційних наркотиків, понад 21 000 жінок комерційного сексу, понад 10 300 чоловіків, які мають секс із чоловіками, а також близько 45 000 засуджених. Фінансування цих заходів відбувалося, в основному, за рахунок Програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні» Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг та інформації» (проект «САНРАЙЗ» Агентства США з міжнародного розвитку (USAID)). За звітний період зросла підтримка профілактичних програм для найбільш уразливих груп молоді, що впроваджуються державним

6 Постанова Кабінету Міністрів України від 08.11.2007 р. №1321 «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. № 264»

сектором у структурі Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді.

Порівняно з попереднім звітним періодом у деяких сферах профілактики відбувся прогрес: введено освітньо-профілактичні програми з питань ВІЛ/СНІДу до навчальних планів 1-9 класів загальноосвітніх навчальних закладів, розширюється фокусна профілактика серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, підготовлені до впровадження у 2008 р. галузеві стандарти якості соціальних послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, підсилено програмну та нормативну діяльність у сфері запобігання вертикальної передачі ВІЛ, що сприяло зниженню рівня передачі ВІЛ від матері до дитини.

Однак слід відзначити, що в Україні досі бракує національної політики та стратегії інформаційно-просвітницьких кампаній з питань ВІЛ/СНІД серед широких верств населення.

Доступ до АРВ-терапії у 2006 та 2007 рр. значно розширився порівняно з попереднім звітним періодом. Відсоток дорослих та дітей із прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримували антиретровірусну терапію в 2005 році, становив 21%, у 2006 році – 27% від оціночної кількості⁷ дорослих та дітей із прогресуючою ВІЛ-інфекцією, а в 2007 році він досяг 35%.

Лікування ВІЛ-інфікованих дітей стало пріоритетом державної політики. Свідченням цього є значний відсоток дітей, охоплених АРТ, у 2006 р. – 58% від оціночної кількості дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, а в 2007 р. – 74,8%. Також на базі Української спеціалізованої дитячої лікарні «ОХМАТДИТ» у 2006 р. створено Центр для лікування ВІЛ-інфікованих дітей.

У 2006 році Уряд країни створив Референс-лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу при Українському центрі профілактики і боротьби зі СНІДом. Одним із завдань цієї лабораторії стало розширення можливостей щодо нагляду за контролем якості лабораторної діагностики ВІЛ та опортуністичних інфекцій (герпес, цитомегаловірусна інфекція, бактеріальні інфекції, пневмоцистна пневмонія тощо).

Наприкінці 2007 року програма замісної підтримуючої терапії була розширена та охоплювала 550 СН із опіоїдною залежністю. Більшість із цих пацієнтів живуть з ВІЛ в розгорнутій стадії захворювання, таким чином доступ до замісної терапії дозволить підвищити їхню прихильність до АРТ. У 2008 році передбачається забезпечення цих програм препаратом «Метадон», що сприятиме кардинальному розширенню охоплення замісною терапією пацієнтів із опіоїдною залежністю для запобігання передачі ВІЛ.

Послуги з догляду та підтримки, що надаються як державними, так і недержавними організаціями, стали доступнішими для ВІЛ-позитивних людей та представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. На кінець 2007 року більш ніж 36 000 людей, які живуть з ВІЛ, отримали послуги з догляду та підтримки завдяки програмі ГФСТМ, яка впроваджувалась його субреципієнтом – Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

Незважаючи на те, що досягнення країни вказують на значний прогрес, який відбувся за звітний період, важливо визнати, що існуючий рівень охоплення, обсяг та якість програм все ще залишаються недостатніми для значного впливу на епідемію. Значення національних показників, що відображені у розділах 3 та 4 цього звіту, мають стати запорукою подальшого посилення національної відповіді на поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу і забезпечення подальшого успіху України у виконанні рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом.

⁷ Оціночну кількість дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією в Україні визначено за допомогою програми «Спектрум» на основі даних форми державної статистичної звітності «Звіт про ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД», форма № 1-ВІЛ/СНІД, квартальна

D) Дані показників ССГАООН

Таблиця 1. Значення національних показників моніторингу і оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу

№	Національні показники	Значення показника
Відданість та дії на національному рівні		
1	Обсяг та структура державних і міжнародних витрат на заходи, що спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу	2005 рік: всього 40 млн. дол. США (205 млн. грн.), у т.ч 6 млн. дол. США (30,7 млн. грн.) з Державного бюджету; 2006 рік: всього 55,7 млн. дол. США (281,4 млн. грн.), у т.ч. 10,9 млн. дол. США (55,3 млн. грн.) з Державного бюджету
2	Комбінований національний індекс у сфері політики ВІЛ-інфекції/СНІДу	2007 рік: Див. Додаток 2 до Національного звіту (68 стор.)
Національні програми (безпека крові, охоплення антиретровірусною терапією, профілактика передачі від матері до дитини, ведення хворих на туберкульоз (ТБ) та ВІЛ-інфекцію, тестування на ВІЛ, програми профілактики, послуги для сиріт та вразливих дітей, просвіта)		
3	Відсоток одиниць донорської крові, перевіреної на ВІЛ з гарантуванням якості	2006 рік: 0%
4	Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію	2006 рік: 27% 2007 рік: 35%
5	Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	2006 рік: 91% 2007 рік: 92,5%
6	Відсоток хворих, які отримували лікування від туберкульозу протягом року, серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ на кінець звітного року, від оціночної кількості хворих на туберкульоз серед людей, які живуть з ВІЛ	2006 рік: 15%
7	Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати - серед молоді (віком 15-24 роки)	2007 рік: 15,5% Молодь – 12%
8	Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати: - серед споживачів ін'єкційних наркотиків; - серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату; - серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; - серед засуджених	2007 рік: СІН – 29% ОСБ – 46% ЧСЧ – 28% Засуджених – 25%
9	Відсоток осіб, яких охоплено профілактичними програмами: - серед споживачів ін'єкційних наркотиків; - серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату; - серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; - серед засуджених; - серед молоді (віком 15-24 роки)	2007 рік: СІН – 46% ОСБ – 69% ЧСЧ – 50% Засуджених – 8% Молодь – 16%
10	Відсоток сиріт та вразливих щодо ВІЛ дітей віком 0 – 17 років, чий домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною	Не подається

11	Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених учителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ	2006 рік: 57%
Знання та поведінка		
12	Поточне відвідування школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, віком 10-14 років	Не подається
13	Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	2007 рік: 40%
14	Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається: - серед споживачів ін'єкційних наркотиків; - серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату; - серед чоловіків, які мають секс із чоловіками; - серед засуджених; - серед військовослужбовців	2007 рік: СІН – 47% ОСБ – 48% ЧСЧ – 47% Засуджених – 43% Військовослужбовців – 44%
15	Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років	2007 рік: 5%
16	Відсоток жінок та чоловіків віком 15-49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців	2007 рік: 14%
17	Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців і хто підтверджує використання презервативу під час останнього статевого акту	2007 рік: 72%
18	Відсоток осіб серед опитаних, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату та повідомили про використання презервативу під час статевого акту з останнім клієнтом	2007 рік: 86%
19	Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього статевого акту із партнером-чоловіком	2007 рік: 39%
20	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого акту	2007 рік: 55%
21	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції	2007 рік: 84%
26	Відсоток військовослужбовців, які повідомили про користування презервативами під час статевих контактів із непостійними партнерами (додатковий)	2007 рік: 73%
Вплив		
22	Відсоток ВІЛ-інфікованих молодих людей віком від 15 до 24 років	Не подається
23	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень серед: - споживачів ін'єкційних наркотиків; - осіб, які надають сексуальні послуги за плату; - чоловіків, які мають секс із чоловіками	2006 рік: СІН – 61% ОСБ – 4% 2007 рік: ЧСЧ – 4%
24	Відсоток людей із ВІЛ-інфекцією / СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії	2007 рік: 78%
25	Відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями	Обраховується в офісі ЮНЕЙДС у Женеві

ОГЛЯД ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

На сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні продовжує погіршуватись. За даними Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), сьогодні Україна віднесена до країн, де спостерігаються найвищі темпи поширення ВІЛ у Європі та Центральній Азії.⁸

За даними Міністерства охорони здоров'я України на кінець 2007 року в країні зареєстровано понад 122 тис. випадків ВІЛ-інфекції, що становить 38,0 на 100 тис. населення.

Офіційні дані епіднагляду містять інформацію лише про тих осіб, які пройшли тестування на антитіла до ВІЛ і перебувають під диспансерним наглядом.

Спеціалістами МОЗ України, Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, ВООЗ, ЮНЕЙДС, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» було розраховано оціночну кількість людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), що становила 440 000 на кінець 2007 р. Розрахунковий рівень поширеності ВІЛ серед дорослого населення становив 1,63 %.

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

Існує вірогідний ризик того, що в наступні п'ять років Україну очікує генералізована епідемія ВІЛ/СНІДу, котра підтримуватиметься новими випадками ВІЛ-інфекції серед загального населення.

Поряд із рутинним епідеміологічним наглядом, в Україні з 1997 року впроваджується сучасний метод епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією – епідеміологічний нагляд за ВІЛ другого покоління. Результати дозорних епідеміологічних досліджень 2006-2007 рр. виявили високі рівні інфікування ВІЛ серед представників груп ризику.

Показник № 23. Поширеність ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень серед груп уразливих до ВІЛ

◆ Споживачі ін'єкційних наркотиків

Поширеність ВІЛ-інфекції серед СНІ у 2006 році становила **61%**.⁹

Даний показник розраховується для Києва

Рівень інфікування ВІЛ у цій групі за даними дослідження, що проводилось у 2006 році, в інших містах України, був достатньо високим (медіана дорівнює 41,8% (N=12)): його показник коливається в межах від 18,0% (м. Суми) до 62,8% (м. Полтава) (таблиця 2).

У столиці України – місті Києві, дозорні дослідження проводилися лише вдруге. За їх результатами порівняно з 2005 у 2006 році показники рівня поширеності ВІЛ серед СНІ збільшилися і дорівнюють, відповідно, 48,8% та 61,2%. Проте, використання в якості індикатора результатів дозорного епіднагляду (ДЕН) в м. Києві дає хибне уявлення про стан епідемії серед СНІ в Україні в цілому. Результати ДЕН в 10 із 12 інших міст України показали, що поширеність ВІЛ серед СНІ у цих регіонах нижча, ніж у столиці. Медіальне

⁸ http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_ru.pdf

⁹ Дозорний епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією серед СНІ та ЖКС проводиться Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом Міністерства охорони здоров'я України у співробітництві з регіональними центрами СНІДу та ГО за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією». Дослідження серед СНІ проводилось у 12 містах України в серпні-вересні 2006 р. Дозорне дослідження побудовано на методології незв'язаного анонімного тестування зразків крові на антитіла. В окремих випадках використовувалось добровільне зв'язане тестування.

значення показника поширеності для 12 міст, де проводилось дослідження дорівнює 41,8%. Використання медіального значення у якості показника поширеності ВІЛ в Україні є більш коректним.

Таблиця 2. Результати дозорних досліджень серед споживачів ін'єкційних наркотиків, 2005-2006 рр.

№	Місто	2005 рік ¹			2006 рік ²		
		Кількість СІН, обстежених на ВІЛ	Кількість СІН з позитивним результатом на ВІЛ	Поширеність ВІЛ (Відсоток)	Кількість СІН обстежених на ВІЛ	Кількість СІН з позитивним результатом на ВІЛ	Поширеність ВІЛ (Відсоток)
1.	Суми	218	21	9,6	200	36	18,0
2.	Харків	100	23	23,0	103	19	18,4
3.	Черкаси	219	59	26,9	200	58	29,0
4.	Донецьк	250	102	40,8	256	89	34,8
5.	Херсон	300	52	17,3	250	87	34,8
6.	Луцьк	300	78	26,0	250	94	37,6
7.	Миколаїв	250	166	66,4	250	115	46,0
8.	Вінниця	267	61	22,8	279	136	48,7
9.	Сімферополь	380	194	51,1	248	122	49,2
10.	Одеса	269	111	41,3	256	140	54,7
11.	Київ	250	122	48,8	250	153	61,2
12.	Полтава	250	49	19,6	250	157	62,8

Ґрунтуючись на цих даних можна стверджувати, що поширеність ВІЛ серед СІН залишається значно вищою порівняно з будь-якою іншою групою ризику в Україні.

Разом з тим, щоб проаналізувати тенденції рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед СІН в часі, пропонується розглянути підгрупу СІН зі стажем вживання наркотиків ін'єкційним шляхом 2 роки та менше. При порівнянні медіального значення поширеності ВІЛ у цій популяції у 12 містах України, де проводились дозорні дослідження в 2006 р. з аналогічним показником 2005 р., виявляється незначне його зниження з 23,8% у 2005 р. до 20,2% у 2006 р. Якщо дана тенденція зберігатиметься протягом наступних років, можна буде говорити про стабілізацію епідемії серед нових СІН, які нещодавно почали вживати наркотики ін'єкційним шляхом.

Проте, дані дозорного нагляду підтверджують результати рутинного епідеміологічного нагляду, що свідчить про те, що СІН все ще є найбільш уразливою групою населення і є рушійною силою епідемії ВІЛ в Україні.

◆ Особи, які надають сексуальні послуги за плату

Поширеність ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, у 2006 році становила **4%**.

Ці дані відображають результати дозорного дослідження рівня поширеності інфікування ВІЛ серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату в столиці України Києві, проведеного в 2006 році.

Згідно з даними дослідження, показники поширеності ВІЛ серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, варіюють від 4% (м. Київ) до 31% (м. Полтава). Проте, можна відзначити досить високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції (медіана дорівнює 13,3% (N=9)).¹⁰

Ці дані охоплюють лише жінок – робітників комерційного сексу. Чоловіки цієї вразливої групи не були включені у вибірку через ускладнений доступ до цієї групи.

Таблиця 3. Результати дозорних досліджень серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, 2005-2006 рр.

№	Місто	2005 рік			2006 рік		
		Кількість ЖКС, обстежених на ВІЛ	Кількість ЖКС з позитивним результатом на ВІЛ	Поширеність ВІЛ- (Відсоток)	Кількість ЖКС, обстежених на ВІЛ	Кількість ЖКС з позитивним результатом на ВІЛ	Поширеність ВІЛ (Відсоток)
1.	Київ	54	4	8,0	50	2	4,0
2.	Херсон	100	13	13,0	100	12	12,0
3.	Сімферополь	-	-	-	100	13	13,0
4.	Луцьк	51	12	27,5	50	7	14,0
5.	Вінниця	-	-	-	21	3	14,3
6.	Одеса	100	27	27,0	100	21	21,0
7.	Донецьк	116	34	29,3	96	23	24,0
8.	Миколаїв	100	32	32,0	100	27	27,0
9.	Полтава	100	25	25,0	100	31	31,0

За даними дозорних досліджень серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, у м. Києві рівень інфікування ВІЛ становив 8% у 2005 та 4% – у 2006 роках. Як і у випадку з СНІВ, використання даних дозорного епідагляду по м.Київ як показника надає викривлені результати щодо стану епідемії серед робітників комерційного сексу в Україні. Результати ДЕН у 8 із 9 міст України вказали на те, що показники поширеності ВІЛ серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, вищі, ніж у Києві. Тому для визначення більш надійного рівня поширення ВІЛ серед жінок комерційного сексу використовується медіальне значення, яке у 2006 році дорівнювало 13,3%. Отримані дані, за винятком м. Полтави, свідчать про зниження поширеності ВІЛ порівняно з 2005 роком. Проте, поширеність ВІЛ серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, залишається високою в багатьох містах України.

Частина жінок, які надають сексуальні послуги за плату, вживають наркотики ін'єкційним шляхом, і, відповідно, ризик інфікування ВІЛ у них значно вищий. Рівень інфікування ВІЛ серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату та вживають наркотики ін'єкційним шляхом, за даними дослідження у м. Києві у 2006 році становив 5,9 %, у той час, як серед тих, хто не вживає наркотики – 3 %. Ці дані вказують на вагомий вплив вживання наркотиків на поширеність ВІЛ серед цієї групи.

¹⁰ Дозорний епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією серед СНІВ та ЖКС проводиться Українським центром профілактики і боротьби зі СНІВом Міністерства охорони здоров'я України у співробітництві з регіональними центрами СНІДу та ГО за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІВом, туберкульозом та малярією». Дослідження серед ЖКС проводилось у 9 містах України в серпні-вересні 2006 р. Дозорне дослідження побудовано на методології незв'язаного анонімного тестування зразків крові на антитіла. В окремих випадках використовувалось добровільне зв'язане тестування..

Разом з тим, щоб проаналізувати тенденції рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед цієї цільової групи у часі, розглянуто підгрупу ЖКС у віці 15 – 24 років. Порівняння медіального значення показника поширеності ВІЛ в цій популяції на усіх дозорних ділянках у 2005 та 2006 роках свідчить про відсутність суттєвих змін рівня поширеності ВІЛ серед молодих ЖКС (медіана в 2005 р. становила 14,3%, а в 2006 – 14,8%). Проте, порівняно з іншими групами населення, рівень поширеності ВІЛ серед ЖКС залишається високим, відображаючи зростаючий темп передачі ВІЛ гетеросексуальним шляхом.

◆ Чоловіки, які мають секс із чоловіками

Показник поширеності ВІЛ-інфекції за даними епідеміологічних досліджень серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, у 2007 році становив **4,4%**.¹¹

Показник поширеності ВІЛ-інфекції в групі ЧСЧ є доволі високим (медіана дорівнює 9% (N=4) і коливається від 4% (м.Київ) до 23,2% (м.Одеса) (таблиця 4).

У Києві серед групи ЧСЧ віком до 25 років ВІЛ не виявлено, а серед старших 25 років рівень поширеності становив 7,3%.

Таблиця 4. Результати дозорних досліджень серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, за 2007 р.

№	Місто	Кількість ЧСЧ, обстежених на ВІЛ	Кількість ЧСЧ з позитивним результатом на ВІЛ	Відсоток ВІЛ-позитивних
1.	Київ	90	4	4,4
2.	Кривий Ріг	100	8	8,0
3.	Миколаїв	100	10	10,0
4.	Одеса	69	16	23,2

Ці результати підтвердили, що гомосексуальний шлях передачі ВІЛ відіграє значну, але все ще приховану роль у розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

Як і у випадку з СІН та жінками, які надають сексуальні послуги за плату, результати дослідження ДЕН у цій групі вказують на недоліки звітності за цим індикатором, який ґрунтується лише на даних столиці. У Керівних принципах розробки ключових показників цей показник слід вказувати лише для столиці, щоб уникнути систематичної помилки при визначенні тенденцій у часі. За останні роки багато країн збільшило кількість ділянок дозорного епідглядку, включивши сільські ділянки. Це призвело до систематичної помилки в тенденціях через об'єднання даних, отриманих з цих ділянок¹². Хоча поширеність ВІЛ серед ЧСЧ в столиці України є порівняно високою, вона все ж таки нижча, ніж у деяких інших містах, наприклад, в Одесі, і не дає уявлення про ситуацію в країні в цілому. Так як дослідження не включало сільську місцевість, а медіана показника становила 9%, то вона і прийнята, як більш точне представлення поширеності ВІЛ серед ЧСЧ в Україні.

За результатами іншого дослідження серед ЧСЧ, проведеного ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» у чотирьох містах України (Одеса, Львів, Івано-Франківськ та Кривий Ріг) в 2007 році, серед 317 обстежених ЧСЧ, 51 отримав позитивний результат з подальшим підтвердженням. Тобто показник поширеності ВІЛ становить 16%, що свідчить про досить високий рівень поширеності ВІЛ серед даної групи.

¹¹ These results were from the first linked epidemiological and behavioral surveillance study among MSM, conducted in 2007 in four cities of Ukraine. This research was conducted using respondent driven sampling (RDS).

¹² Моніторинг виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом - Керівні принципи з розробки ключових показників для звіту 2008 року,

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на початковому етапі розвивалась за рахунок гетеросексуального шляху та поодиноких випадків гомосексуального шляху передачі, а з 1995 року – за рахунок парентерального, внаслідок стрімкого поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, які досі є рушійною силою епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Останнім часом починає зростати питома вага випадків передачі ВІЛ сексуальним шляхом за рахунок статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків. Необхідні додаткові дослідження щодо вивчення питомої ваги ЧСЧ у сексуальному шляху передачі ВІЛ.

У 1991 році Україна стала першою країною колишнього Радянського Союзу, яка скасувала кримінальну відповідальність за гомосексуалізм. Проте ЧСЧ ще й досі зазнають стигматизації в українському суспільстві. З 1987 року лише 158 випадків ВІЛ серед ЧСЧ було зареєстровано офіційно, вказуючи, що ЧСЧ не звертаються за послугами ДКТ, а також, що офіційні дані серомоніторингу виявляють лише невеликий відсоток ЧСЧ, інфікованих ВІЛ. Ці обмежені дані вказують на те, що в Україні доступ до групи ЧСЧ для проведення досліджень і профілактичних заходів все ще досить обмежений і потребує більшої уваги.

Показник №22. 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 дозволяє отримати доволі достовірну оцінку останніх тенденцій розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у тих країнах, де епідемія поширюється в результаті гетеросексуальних контактів. Однак, 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 2007 року оцінювалась на рівні 1,63%, належить до країн з концентрованою стадією епідемії.

Цей показник розраховується на основі даних поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок віком від 15 до 24 років. Загальна тенденція поширення ВІЛ серед вагітних вказує на продовження розповсюдження ВІЛ серед загального населення. Дані стандартного спостереження в жіночих консультаціях свідчать, що в Україні 0,52% вагітних жінок (3085 осіб) мали позитивний ВІЛ-статус. Особливе занепокоєння викликає ситуація у восьми регіонах України, де рівень поширеності ВІЛ серед вагітних значно перевищує середній по країні і досягає 1%, наприклад: Одеса – 1,03%; Київська область – 1,14%; Миколаїв – 1,25%. Ці дані свідчать, що Україна має найвищий у Європі рівень поширеності ВІЛ серед вагітних і що поширення ВІЛ статевим шляхом зростає.

Згідно з офіційними даними, 15% серед усіх зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в 2007 році становили особи віком від 15 до 24 років. Це дещо менше, ніж у 2006, коли частка осіб цієї вікової групи була 16,2% від усіх нових зареєстрованих випадків ВІЛ. Необхідно провести додатковий аналіз, щоб визначити чи така ситуація пов'язана зі зміною поведінки в даній групі чи з особливостями доступності послуг із тестування на ВІЛ.

Показник №24. Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії

Відсоток людей з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують лікування через 12 місяців після початку антиретровірусної терапії (далі – АРТ), за звітний період з 01.10.2006 по 31.09.2007 в Україні становить **78%**.

Для отримання цих даних використовувалися результати когортного аналізу за період з 1 жовтня 2006 року по 31.09.2007.

Широкомасштабне впровадження антиретровірусної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні розпочалося з шести регіонів країни в серпні 2004 року в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», яка фінансується ГФСТМ, і на сьогодні запроваджена в усіх 27 регіонах України.

Слід відзначити, що найвищого показника виживання в Україні досягнуто у дітей віком до 15 років – 91%. При аналізі даних за статтю показник виживання є вищим у жінок і становить 83% проти 73% у чоловіків.

Порівняно з відповідним показником 2005 року (72%)¹³ намітився прогрес у збільшенні тривалості життя пацієнтів, які отримують АРТ. Це вказує на зростання відсотка пацієнтів, які залишилися живими і продовжують лікування, тобто на підвищення ефективності програм лікування ВІЛ-інфікованих осіб і хворих на СНІД.

Показник №25. Відсоток ВІЛ-інфікованих дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями

Згідно з Керівними принципами розробки ключових показників цей показник не подається Україною, тому що вираховуватиметься в Женевському офісі ЮНЕЙДС, ґрунтуючись на показнику №5. «Відсоток ВІЛ-позитивних вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини».

Проте, зростаюча роль статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції спричинює швидке зростання кількості ВІЛ-позитивних жінок репродуктивного віку і відносно збільшення кількості дітей, народжених ними. Якщо в Україні в 2006 році їх налічувалось 2 822, то у 2007 році це число зросло до 3 430 новонароджених.

Показники рівня передачі ВІЛ від матері до дитини вперше були зібрані в 2001 році, коли в Україні ще не почали запроваджувати діяльність із запобігання вертикальній трансмісії ВІЛ.

Згідно з даними базового дослідження рівень вертикальної трансмісії ВІЛ у 2001 році становив 27,8%. Згідно з даними, поданими у попередньому Звіті ССГАООНу 2004 році, рівень передачі ВІЛ від матері до дитини знизився до 15,8%. За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України рівень передачі ВІЛ від матері до дитини у 2004 році становив 8,2%, а у 2006 – 7,1%. Дані Міністерства охорони здоров'я охоплюють малюків із підтвердженням у 18 місяців позитивним ВІЛ-статусом, а також враховують ефект антиретровірусної профілактики, кесарів розтин та штучне вигодовування.

Відсоток ВІЛ-позитивних жінок, які отримали антиретровірусне профілактичне лікування з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, продовжує зростати. З 2006 по 2007 роки частка вагітних, охоплених програмою запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини, збільшилась на 1,5% – з 91,0% до 92,5%. За цей період зросла кількість вагітностей, які завершилися пологамі. Протягом цього часу на 3% знизилась частка жінок, які отримали профілактику лише невірапіном у пологах, з пропорційним збільшенням випадків з використанням більш ефективних схем профілактики.

¹³ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006

НАЦІОНАЛЬНІ ЗАХОДИ У ВІДПОВІДЬ НА ЕПІДЕМІЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Україна усвідомлює небезпеку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, що загрожує нації. Стратегія боротьби з ВІЛ/СНІДом є одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку. Увага до цієї проблеми з боку Президента та Уряду України є свідченням розуміння важливості та необхідності формування політичного лідерства в Україні.

Наприкінці 2007 року Президент України видав Указ «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», в якому визначено створення Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії як консультативно-дорадчого органу при Президентові України. Для налагодження управління, координації та моніторингу за програмами у сфері ВІЛ/СНІД у 2006 р. постановою Кабінету Міністрів України в складі Міністерства охорони здоров'я України був створений орган державного управління – Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам. Положенням про Комітет визначені його повноваження і склад. Планується створення на його базі Національного центру з моніторингу і оцінки протидії епідемії ВІЛ/СНІД.

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/СНІДу в Україні. Зокрема була переглянута діюча Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр. Комітет координував перегляд та доопрацювання плану заходів щодо виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2008 р. Результатом такого перегляду стало затвердження «Заходів з виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2008 р.»¹⁴. Ці заходи, так само, як і Національна програма в цілому, мають міжсекторальний характер та охоплюють основних ключових виконавців. До таких заходів віднесено й заходи, заплановані в рамках грантів ГФСТМ (першого та шостого раундів).

Зростає обсяг фінансування заходів, спрямованих на подолання епідемії, з національного бюджету, та обсяги фінансування програм профілактики інфікування ВІЛ серед різних цільових груп, консультування та тестування на ВІЛ, лікування, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ тощо.

Крім цього, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам у партнерстві з ЮНЕЙДС та Програмою Розвитку ООН координує роботу щодо підготовки нової Національної програми на період 2009-2013 рр., концепція якої базуватиметься на результатах незалежної оцінки чинної Національної програми.

Цей розділ описує досягнення України у виконанні Декларації відданості справі протидії ВІЛ/СНІД на основі показників, що стосуються трьох сфер: зусиль та діяльності країни на національному рівні, реалізації заходів Національної програми, рівня знань та поведінки різних груп. Більш детальна інформація щодо національної політики в сфері ВІЛ/СНІД відображена в Національному комбінованому індексі політики (Додаток 2).

¹⁴ Постанова Кабінету Міністрів України від 08.11.2007 р. №1321 «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. №264»

Національний показник відданості і діяльності

Показник 1. Обсяг і структура державних та міжнародних витрат на заходи, що спрямовані на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу

За даними проведеної оцінки національних витрат, спрямованих на протидію поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні,¹⁵ сума таких витрат у 2005 році становила понад 205 млн. грн. (приблизно 40 млн. дол. США), у 2006 році – близько 281,5 млн. грн. (55,7 млн. дол. США).¹⁷ На відміну від попереднього Національного звіту, що враховував лише кошти, виділені Кабінетом Міністрів України, цей звіт містить інформацію про витрати як з державного, так і з місцевих бюджетів, а також з міжнародних джерел. Крім того, якщо у попередньому Національному звіті були представлені дані, які стосувалися суто лікувальних витрат, цей звіт включає також витрати на заходи первинної профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, програми догляду та підтримки, пом'якшення соціальних наслідків епідемії тощо.¹⁸

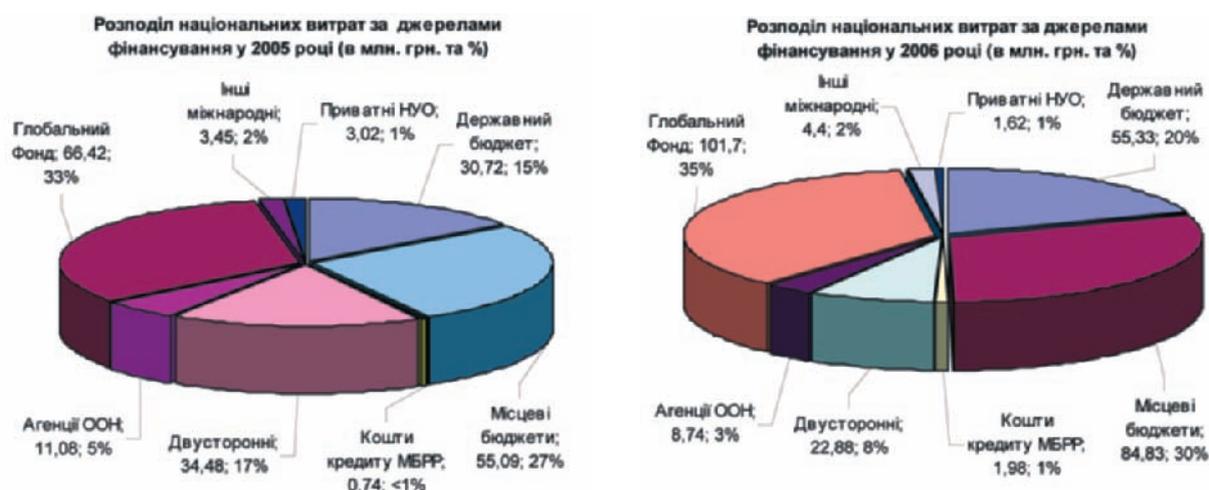


Рис. 7. Розподіл національних витрат за джерелами фінансування в 2005 та 2006 роках (в млн. грн. та %)

1. Оцінка коштів, виділених із державних джерел¹⁹

У 2005 році на програми протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні з державних джерел було виділено близько 86,6 млн. грн. (16,9 млн. дол. США), у 2006 році – 142,1 млн. грн. (28,1 млн. дол. США). За рахунок державного бюджету забезпечуються

¹⁵ З метою проведення розрахунків витрат, спрямованих на протидію поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні у 2005 та 2006 роках, використовувалась методологія, рекомендована ЮНЕЙДС для визначення показника №1 – Оцінка Національних Витрат на протидію ВІЛ/СНІДу (ОНВС). За цією методологією оцінювались витрати держави, міжнародних організацій та приватні витрати.

¹⁷ Витрати оцінювались у національній валюті. Для розрахунку витрат у доларовому еквіваленті застосовувався офіційний середньорічний курс встановлений Національним Банком України. У 2005 році цей курс становив USD 100 = UAH 512.47 а у 2006 році – USD 100 = UAH 505.

¹⁸ Варто зазначити, що детальні дані щодо витрат за окремими компонентами відсутні (хоча ці витрати здійснювались). Відсутність даних за окремими категоріями не означає, що вони не присутні в витратах. Деякі дані, згідно методології ОНВС включені в розрахунки, але вони «приховані» в інших субкатегоріях.

¹⁹ До державних витрат належать витрати з Державного бюджету, місцевих бюджетів, а також витрати в рамках проекту Світового Банку, як кошти кредиту, який має повертатися Урядом України. Для розрахунку внеску різних закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу ВІЛ-інфікованим (протитуберкульозні, наркологічні заклади, а також заклади загальної лікувальної мережі) використовувалася методика, запропонована в субаналізі з ВІЛ/СНІДу Національних Рахунків Охорони Здоров'я за 2003-2004 роки.

частково програми антиретровірусної терапії (АРТ), діагностика та лікування опортуністичних інфекцій, тестування донорів крові та вагітних жінок. Водночас, більшість коштів надходить з місцевих бюджетів і вони спрямовані на фінансування діяльності закладів охорони здоров'я, освіти та соціального захисту, які безпосередньо надають різні послуги населенню на місцевому рівні. Так, у 2005 році їх обсяг становив понад 55 млн. грн. (10,7 млн. дол. США), у 2006 – 84,8 млн. грн. (16,8 млн. дол. США).

Зростання витрат із державного та місцевих бюджетів обумовлене розширенням програм АРТ, покращанням доступу до програм профілактики. Число ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають на диспансерному обліку зростає, завдяки збільшенню кількості звернень за медичною допомогою.

Значний наголос під час планування заходів чинної Національної програми з ВІЛ/СНІДу було зроблено на коштах позики Світового Банку. Однак, через перешкоди та проблеми під час впровадження цього проекту («Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні»), протягом 2005 та 2006 років було використано лише незначний обсяг цих коштів.

2. Оцінка витрат міжнародної допомоги²⁰

У 2005 році кошти, виділені міжнародними організаціями, становили 115,4 млн. грн. (22,5 млн. дол. США). Основними донорами в Україні залишаються ГФСТМ, кошти якого становили 66,4 млн. грн. (13 млн. дол. США), Агентство США з міжнародного розвитку – понад 22 млн. грн. (4,1 млн. дол. США) та агенції ООН – 11 млн. грн. (2,2 млн. дол. США).

У 2006 році витрати міжнародних організацій зросли до 137,7 млн. грн. (27,3 млн. дол. США). Серед них частка Глобального фонду становила 101,7 млн. грн. (20,1 млн. дол. США), двосторонніх організацій – 22,9 млн. грн. (4,5 млн. дол. США), Агенцій ООН – 8,7 млн. грн. (1,7 млн. дол. США), інших міжнародних організацій – близько 4,4 млн. грн. (0,87 млн. дол. США).

Обсяг міжнародних коштів, що спрямовуються на протидію ВІЛ/СНІДу в Україні, зростає щороку. Це, в основному, пов'язано із розширенням програм, що фінансуються за рахунок ГФСТМ.

3. Оцінка приватних витрат²¹

Оцінка приватних витрат не є обов'язковим компонентом складання даного показника. Однак, попередні підрахунки вказують на значну питому вагу витрат приватних осіб на потреби, пов'язані з профілактикою, діагностикою та лікуванням ВІЛ-інфекції. Через недосконалість системи збору даних та проблеми з інтерпретацією наявних даних щодо приватних витрат було прийнято рішення виключити результати цих розрахунків з даного показника. У 2005 році інші форми приватних витрат, що включають витрати з приватних фондів, але не враховують витрати з «кишені» споживача, становила понад 3 млн. грн. (590 тис. дол. США), у 2006 такі витрати становили понад 1,6 млн. грн. (320 тис. дол. США).

До оцінки витрат міжнародних організацій належать витрати окремо двосторонніх агенцій, таких як Агенція США з міжнародного розвитку, Британська агенція міжнародного розвитку тощо, та багатосторонніх - Глобального Фонду по боротьбі зі СНІДом, ТБ та малярією, Агенцій ООН. Для проведення оцінки частки міжнародних коштів проводилося опитування організацій, які надають таку допомогу Україні. У разі якщо такі організації не

²⁰ До оцінки витрат міжнародних організацій належать витрати окремо двосторонніх агенцій, таких як Агенція США з міжнародного розвитку, Британська агенція міжнародного розвитку тощо, та багатосторонніх - Глобального Фонду по боротьбі зі СНІДом, ТБ та малярією, Агенцій ООН. Для проведення оцінки частки міжнародних коштів проводилося опитування організацій, які надають таку допомогу Україні. У разі якщо такі організації не мають своїх представництв у Києві, анкети надсилалися організаціям, які є одержувачами коштів міжнародних донорів. Міжнародні витрати можна вважати недооціненими, оскільки не всі організації надали інформацію про свої витрати.

²¹ Оцінка приватних витрат зазвичай включає витрати національних громадських організацій, витрати домогосподарств

мають своїх представництв у Києві, анкети надсилалися організаціям, які є одержувачами коштів міжнародних донорів. Міжнародні витрати можна вважати недооціненими, оскільки не всі організації надали інформацію про свої витрати.

Оцінка приватних витрат зазвичай включає витрати національних громадських організацій, витрати домогосподарств.

4. Напрямки фінансування національної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу

Найбільша частка коштів спрямовувалась на компонент «Лікування та догляд», де переважають державні кошти. Основу витрат становить придбання антиретровірусних препаратів та препаратів для лікування опортуністичних інфекцій. Водночас, вартість курсу АРТ, що закуповується за державні кошти, іноді значно вища за вартість курсу таких препаратів, які закуповуються в рамках програми, що фінансується за рахунок коштів ГФСТМ.

Програми профілактики здебільшого фінансувались за рахунок міжнародних донорів, які спрямовують свої ресурси на такі напрямки, як фокусна профілактика в групах високого ризику та уразливих групах, первинна профілактика, програми запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини тощо.

Співставлення даних реальних витрат на протидію поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу з даними оцінки потреб у такому фінансуванні свідчить про наявність значного дефіциту коштів, необхідних для забезпечення ефективної відповіді на епідемію. Проблема нестачі ресурсів поглиблюватиметься з огляду на темпи зростання масштабів епідемії.

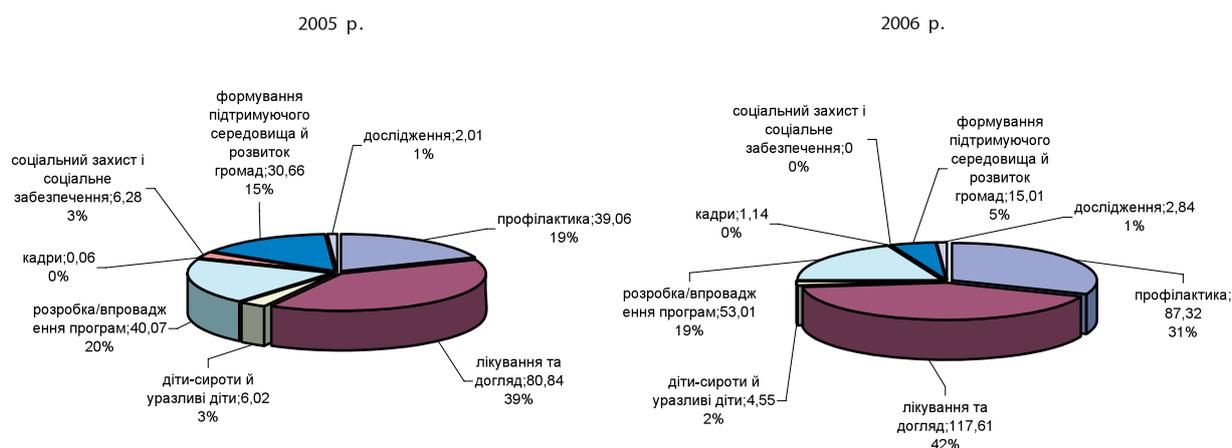


Рис. 8. Розподіл національних витрат за програмними напрямками у 2005 та 2006 роках (в млн. грн. та %).

За цей період Уряд України також взяв на себе низку зобов'язань, ключовими з яких є забезпечення доступу до АРТ тих пацієнтів, які на теперішній час отримують лікування за кошти першого раунду програми ГФСТМ. Водночас, має відбуватися розширення доступності АРТ за рахунок державних програм. Це стосується й інших напрямків, які наразі підтримуються донорами міжнародної допомоги. Фінансування взятого зобов'язання необхідно завчасно передбачити в наступній Національній програмі з протидії ВІЛ/СНІДу, щоб і надалі підтримувати та розширювати ці програми.

На якість, достовірність та повноту оцінки національних витрат, заснованої на аналізі фактично наданих послуг та їхньої вартості, негативно впливає недосконалість звітно-облікової фінансової системи, обмежений доступ до фінансових даних та відсутність єдиного державного центру, уповноваженого для збору такої інформації. З огляду на це, показ-

ники витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу є дещо заниженими. Цей фактор слід враховувати при плануванні цільових асигнувань з державного та місцевих бюджетів при підготовці програм боротьби з епідемією на наступні роки.

Детальна інформація про джерела, суми та категорії витрат додається: Додаток 4: «Національна матриця фінансування за 2005-2006 рр.»

ПОКАЗНИКИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ

В Україні визнано ефективним мультисекторальний підхід у розв'язанні проблеми боротьби з ВІЛ/СНІДом, коли до співпраці залучаються центральні органи виконавчої влади, державні, недержавні, міжнародні організації, установи та інституції тощо.

Національна програма зосереджена на двох основних напрямках протидії епідемії ВІЛ/СНІДу: запобігання інфікуванню ВІЛ і лікування, догляд та підтримка осіб, яких вже вразив ВІЛ.

Як вдалий приклад профілактичних заходів можна навести успіхи, досягнуті у забезпеченні безпеки крові та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини – це пріоритети державної політики в Україні.

Показник №3. Відсоток одиниць донорської крові, перевіреної на ВІЛ з гарантуванням якості

Відсоток одиниць донорської крові, перевіреної на ВІЛ з гарантуванням якості у 2006 р. – дорівнював **0%**.

В Україні застосовуються стандартні операційні процедури для діагностики сироватки крові донорів, які включають метод забору крові, отримання сироватки, послідовність дослідження для кожного виду тесту з урахуванням можливості підтвердження отриманого результату та внутрішнього контролю якості. Відповідно до зазначених стандартних операційних процедур відбувається дослідження 100% заготовлених одиниць донорської крові.

Така стратегія обстеження донорів дозволила при збільшенні рівня поширеності ВІЛ-інфекції в країні звести ймовірність передачі ВІЛ через компоненти та препарати крові до поодиноких випадків.

Водночас в Україні не інституціоналізовано систему зовнішнього контролю якості донорської крові відповідно до міжнародних стандартів, що не дозволяє гарантувати якість дослідженої крові.

У 2004 році використовувався інший показник, який характеризував безпеку донорської крові, а саме «відсоток одиниць донорської крові, що були перелиті за останні 12 місяців, і які були досліджені на наявність ВІЛ», який дорівнював 100%²² оскільки не враховував відсутність зовнішнього контролю якості відповідно до міжнародних стандартів.

Забезпечення якості донорської крові здійснюється через низку заходів, що включені до національної стратегії розвитку донорства, яка затверджена на рівні Закону України «Про донорство крові та її компонентів» від 1995 року.

Відповідно до чинного законодавства експертне керівництво програмою доручено Державній установі «Інститут гематології та трансфузіології АМН України» та співробітнику Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню Міністерства охорони здоров'я України. Найближчим часом передбачено створення спеціалізованого органу управління, котрий би забезпечував координацію та загальне управління системою безпеки крові в державі.

²² Україна. Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

В Україні здійснюється активна робота щодо залучення добровільних донорів шляхом проведення інформаційної та роз'яснювальної роботи. Впровадження передтестового консультування перед обов'язковим тестуванням та здаванням крові дозволило виключити з потенційних донорів осіб, які мають високий ризик інфікування ВІЛ.

Служба крові у 27-ми адміністративних територіях України налічує 54 лабораторні відділи, що проводять діагностику ВІЛ та інших гемотрансмісивних інфекцій.²³

Таблиця 5. Дані для розрахунку Національного показника №4 «Відсоток одиниць донорської крові, перевіреної на ВІЛ з гарантуванням якості»

Найменування центру переливання крові (ОСПК)	Забезпечення якості при скринінгу на ВІЛ		Одиниці крові		
	Стандартні робочі процедури	Зовнішня оцінка якості	Здано одиниць	Перевірено одиниць	Кров, перевірена в умовах гарантії якості
Кримська РСПК	Так	Ні	64764	64764	0
Вінницька	Так	Ні	41931	41931	0
Волинська	Так	Ні	31827	31827	0
Дніпропетровська	Так	Ні	76404	76404	0
Донецька	Так	Ні	80673	80673	0
Житомирська	Так	Ні	17239	17239	0
Закарпатська	Так	Ні	19789	19789	0
Запорізька	Так	Ні	45194	45194	0
Івано-Франківська	Так	Ні	14513	14513	0
Київська обласна	Так	Ні	28342	28342	0
Кіровоградська	Так	Ні	13746	13746	0
Луганська	Так	Ні	73381	73381	0
Львівська	Так	Ні	19521	19521	0
Миколаївська	Так	Ні	19776	19776	0
Одеська	Так	Ні	20310	20310	0
Полтавська	Так	Ні	25825	25825	0
Рівненська	Так	Ні	15148	15148	0
Сумська	Так	Ні	12636	12636	0
Тернопільська	Так	Ні	15866	15866	0
Харківська	Так	Ні	39735	39735	0
Херсонська	Так	Ні	14289	14289	0
Хмельницька	Так	Ні	38184	38184	0
Черкаська	Так	Ні	17718	17718	0
Чернівецька	Так	Ні	17089	17089	0
Чернігівська	Так	Ні	20349	20349	0
Київська міська	Так	Ні	36579	36579	0
Севастополь	Так	Ні	10336	10336	0
Усього в Україні			831164	831164	0

²³ Вказані лабораторні відділи акредитовані на підставі Наказу МОЗ від 2005 року «Про інфекційну безпеку донорської крові та її компонентів». Акредитація передбачає наявність стандартних операційних процедур відповідно до «Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції», яка затверджена Наказом МОЗ України № 71 від 22.02. 2002 року.

Показник № 4. Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію

Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію, в 2006 році становив **27%** (в абс. числах – 4 777 осіб), в 2007 році – **35%** (в абс. числах – 7 657 осіб).

Для успішної протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні в 2006 р. та 2007 р. продовжилась робота задля створення комплексної системи медичної та соціальної допомоги тим, хто її потребує. Вкрай важливими, зокрема, були заходи, спрямовані на стале впровадження антиретровірусної та замісної терапії, лікування туберкульозу та гепатитів, догляд та підтримку ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Широкомасштабне впровадження антиретровірусної терапії (далі – АРТ) хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні розпочалося в серпні 2004 року в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», що фінансується за рахунок коштів ГФСТМ. Пое-тапно АРТ запроваджено в усіх 27 регіонах України.

Зточкизоругендерного співвідношення, свідченням рівного доступу до антиретровірусної терапії (АРТ) є той факт, що відсоток охоплення АРТ жінок, які її потребують, становив у 2006 році 36%, в 2007 році – 45%, а чоловіків відповідно – 23% та 29%.

Значний відсоток охоплення дітей АРТ (у 2006 р. – 58%, у 2007р. – 73%) відповідає пріоритету щодо доступу дітей до зазначеного виду лікування.

Для підрахунку цього показника використано дані тимчасової галузевої статистичної форми № 55 Міністерства охорони здоров'я України «Звіт про проведення антиретровірусної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» за 2006-2007 рр. Оціночну кількість дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією в Україні визначено за допомогою програми «Спектрум» на основі даних квартальної форми № 1-ВІЛ/СНІД державної статистичної звітності «Звіт про ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД».

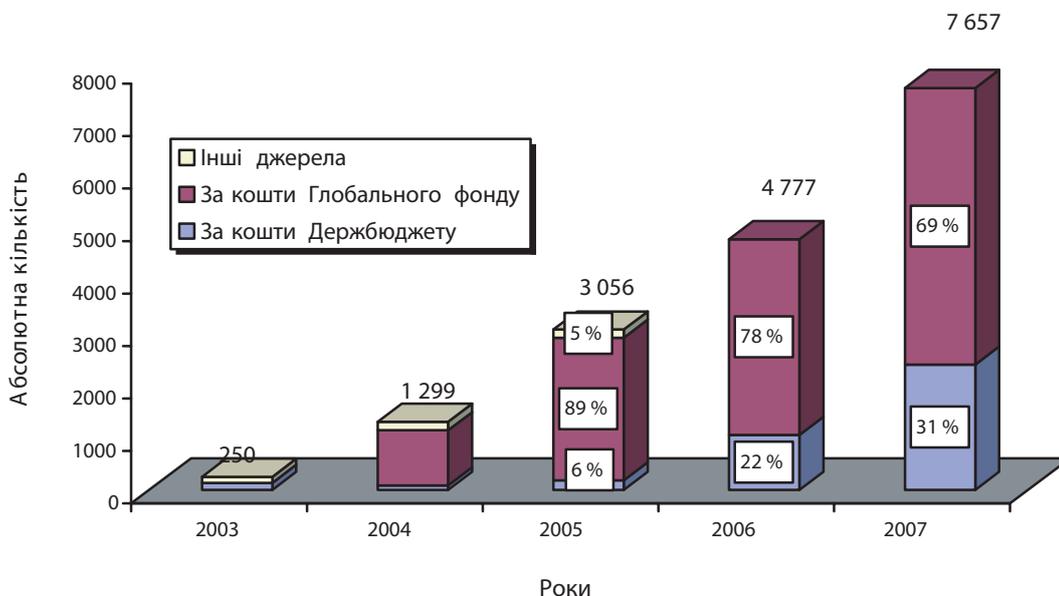


Рис. 9. Динаміка зростання рівня охоплення пацієнтів АРТ в Україні

Варто зазначити, що для порівняння цього показника з відповідним у 2005 р., був проведений перерахунок останнього за допомогою програми «Спектрум». У минулому звіті для розрахунку цього показника користувалися методом, запропонованим ВООЗ²⁴ (перерахований за старою методологією показник №4 «Відсоток дорослих та дітей з прогресуючою ВІЛ-інфекцією, які отримують антиретровірусну терапію» у 2005 році становив 21% (в абс. числах – 3 040 осіб). Отже, приведені дані вказують на тенденцію зростання рівня охоплення АРТ з 21% у 2005 році до 27% (в абс. числах 4 777 осіб) у 2006 році і 35% (в абс. числах 7 657) у 2007 році (рис. 9).

Однак, незважаючи на те, що в останні роки спостерігається зростання рівня охоплення ВІЛ-інфікованих осіб антиретровірусною терапією, він залишається все ще недостатньо високим, що 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 №5. 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 **91%** у 2006 році і **92,5%** у 2007 році.

Значних успіхів за останні роки досягнуто у програмі профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, яка включає створення відповідної нормативної бази, великий блок навчальних програм, забезпечення доступності обстеження на ВІЛ та різних схем антиретровірусної профілактики у вагітних.

Це дозволило значно зменшити рівень передачі ВІЛ від матері до дитини. Так, якщо за даними оціночного базового дослідження у 2001 році рівень передачі ВІЛ від матері до дитини становив 27,8%, то за розрахунковими даними МОЗ України у 2004 році цей рівень становив 8,2%, а в 2006 році – 7,1%.

У країні в 2004 році створено систему збору та надання звітності про кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок та охоплення їх антиретровірусним лікуванням для профілактики передачі

ВІЛ від матері до дитини, завдяки чому стало можливим здійснювати моніторинг фактичного, а не оціночного використання різних схем антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих вагітних з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

Протягом 2006 та 2007 років застосовувалися такі схеми (таблиця 6).

В Україні вагітні жінки отримують антиретровірусне лікування лише у клініках державного сектора.

Відтак, чисельник включає загальну кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали будь-яку з вищевказаних схем антиретровірусного лікування та профілактику, що в 2006 році дорівнювало кількості 2 517 жінок, а в 2007 році – 3 046 жінок.

Знаменник включає дані програми «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» про загальну кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які звернулися в жіночі консультації протягом звітного року та зберегли вагітність, що в 2006 році дорівнювало кількості 2 757, а в 2007 році – 3 293 жінки.

²⁴ ВООЗ, «Хід роботи по забезпеченню глобального доступу до АРТ проти ВІЛ», червень 2005р., розділ «Визначення попиту на лікування».

Таблиця 6.
Схеми антиретровірусного лікування ВІЛ-інфікованих жінок з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

	2006 р.	2007 р.
Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які зберегли вагітність	2757	3293
Кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусне лікування з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини	2517	3046
у тому числі:		
разову дозу невірапіну	359	341
профілактику з використанням азидотимідину	1570	1885
профілактику з використанням комбінації двох АРВ-препаратів (азидотимідин під час вагітності та невірапін під час пологів)	498	627
профілактику з використанням комбінації трьох АРВ-препаратів*	-	-
АРТ для лікування (для жінок, які завагітніли, перебуваючи на антиретровірусному лікуванні)	90	193
Відсоток ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримали антиретровірусні препарати з метою зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	91%	92,5%

* Національний Протокол, що передбачає профілактику з використанням комбінації трьох АРВ-препаратів, був затверджений Наказом МОЗ України у листопаді 2007 року.

Отже, охоплення вагітних ВІЛ-інфікованих жінок антиретровірусною профілактикою передачі ВІЛ від матері до дитини у 2007 році порівняно з 2006 роком в цілому збільшилося лише на 1,5%. Проте, при зростанні кількості ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які зберегли вагітність, зменшилась частка жінок, які отримали профілактику невірапіном у пологах, та збільшилась частка використання більш ефективних схем.

Показник №6. 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.

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 2006 році становив **15%**.²⁵

Туберкульоз є найбільш серйозною асоційованою інфекцією у ВІЛ-інфікованих осіб та найчастішою причиною їхньої смерті. Існує взаємна залежність між збільшенням захворюваності на туберкульоз та поширенням ВІЛ-інфекції.

²⁵ Для підрахунку цього показника використано дані форми державної статистичної звітності «Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за 2006 рік, форма № 2-ВІЛ/СНІД, річна, тимчасової галузевої статистичної форми № 55 Міністерства охорони здоров'я України «Звіт про проведення антиретровірусної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» за 2006 рік. Оскільки в 2006 році звітні форми щодо хворих, які отримали лікування туберкульозу протягом року, серед тих ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували антиретровірусну терапію, не були затверджені на державному рівні, при підрахунку зазначеного показника також були використані дані первинної медичної документації, а саме форми № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого».

Протягом цього періоду проведено низку заходів, спрямованих на раннє виявлення туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб та забезпечення їх відповідним лікуванням. «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» визначив єдину стандартизовану систему надання допомоги ВІЛ-інфікованим особам в Україні, яка передбачає, що у випадках, коли ВІЛ-інфекція та активна форма туберкульозу діагностуються одночасно, розпочинати АРТ рекомендовано після завершення основного курсу протитуберкульозного лікування. Згідно з цим Протоколом розпочинати АРТ до завершення такого курсу можна лише пацієнтам з високим ризиком прогресування ВІЛ-інфекції та смерті.

Показник №7. Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати

За результатами дослідження серед загального населення, відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, у 2007 році становив **15,5%**.²⁶

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

До 1998 року обстеження на ВІЛ в Україні було обов'язковим, а в деяких випадках примусовим. Стратегія примусового обстеження населення на ВІЛ з точки зору епідеміології була не виправданою та економічно збитковою. Така стратегія спонукала людей уникати будь-яких контактів із закладами охорони здоров'я. Розуміння необхідності змін у діючому законодавстві, яке відповідало б нормам міжнародного права та рекомендаціям ВООЗ, призвело до прийняття у 1998 році нової редакції закону про СНІД, яким уперше було задекларовано принцип добровільності та конфіденційності обстеження на ВІЛ.

Даний показник базується на двох індикаторах, які описують доступність тестування на ВІЛ для загального населення (віком 15-49 років), у тому числі молоді (15-24) та уразливих груп, включаючи СІН, ЖКС, ЧСЧ, засуджених, молодь (віком 15-24 роки).

Цей показник розраховувався з використанням даних соціологічних досліджень, він включає результати відповідей на два запитання: «Я не запитую Вас про результат, але чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців?» та «Я не запитую Вас про результат тестування, але чи отримали Ви результат тесту?» (це запитання ставили лише тим, хто на перше запитання відповів «так»).

Отже, чисельник – це кількість респондентів (віком 15-49 років), які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають результат свого тесту, тобто відповіли «так» на обидва запитання. Знаменник – усі опитані респонденти віком 15-49 років.

Згідно з результатами аналізу за різними змінними, відсоток осіб у віці від 15 до 49 років, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають результат тесту, становив: 20% серед жінок, 11% серед чоловіків; 16% серед мешканців міст, 14% серед мешканців сільської місцевості; 12% серед вікової групи 15-19 років, 19% серед вікової групи 20-24 роки та 16% серед вікової групи 25-49 років.

Аналіз даних, отриманих кожною дослідницькою агенцією²⁷ показав, що розбіжності між ними не перевищують теоретичної похибки вибірки, дозволяючи виключити систематичні похибки на етапах вибірки, збору та обробки даних.

²⁶ Джерело інформації – результати національного репрезентативного соціологічного опитування населення віком 15-49 років, проведеного у вересні 2007 р. Київським міжнародним інститутом соціології та Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка. Загальна кількість опитаних становить 2200 респондентів в усіх територіально-адміністративних регіонах України (АР Крим, 24 області та м. Київ).

²⁷ Київський міжнародний інститут соціології та Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка реалізували опитування за незалежними репрезентативними вибірками (1091 та 1109 респондентів, відповідно).

Співставлення отриманих даних із офіційними даними відомчої статистики щодо кількості осіб, які пройшли тестування на ВІЛ у 2007 році, потребує критичного ставлення до надійності отриманого показника, який є завищеним. Оскільки згідно з цими результатами, 15,5% населення віком 15-49 років відповідає 3,7 мільйона осіб, які б мали пройти тестування на ВІЛ у 2007 р. Проте, офіційні дані свідчать, що за цей рік в Україні проведено лише 2,8 мільйона тестів на ВІЛ. Реальна ж кількість протестованих осіб була значно меншою, оскільки значна кількість цих тестів використовувалась для підтвердження статусу або для повторного обстеження вагітних.

Такий результат може бути пов'язаний з недосконалістю інструментарію соціологічного опитування. Обговорення серед фахівців дозволило сформулювати низку припущень щодо такого результату: 1) респонденти давали «соціально очікувані» відповіді; 2) недостатня поінформованість респондентів щодо того, на які саме аналізи здавалася кров, і вони відповідали ствердно без впевненості, що це був саме аналіз на ВІЛ; 3) респонденти відповідали не лише про аналізи на ВІЛ, які проводилися протягом останніх 12 місяців, а й про триваліший проміжок часу – більший, ніж останні 12 місяців.

Разом з тим, отримані результати свідчать про доволі високий рівень тестування на ВІЛ серед населення в цілому. Більш високий рівень тестування жінок, ніж чоловіків, пояснюється тим, що усім вагітним, які звернулися у жіночі консультації, пропонувалося пройти тест на ВІЛ. Більш високий рівень тестування міського населення, ніж сільського, є результатом нерозвинутої відповідної інфраструктури у сільській місцевості.

У подальших дослідженнях доцільно: 1) провести «якісне» дослідження з метою доопрацювання блоку запитань, які дозволять більш точно визначити даний показник та з'ясувати, як потенційні респонденти розуміють поставлені запитання; 2) запитання щодо проходження тесту на ВІЛ протягом останніх 12 місяців доцільно ставити після «вступного» запитання щодо проходження тесту на ВІЛ протягом життя, що дозволить більш точно виміряти необхідний показник; 3) доцільно також включати «контрольне» запитання, яке уточнює, коли саме було зроблено тестування останнього разу, що також дозволить більш точно виміряти необхідний показник.

◆ Сексуально активна молодь

Відсоток сексуально активної молоді (віком 15–24 роки), яка пройшла тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знає свої результати, у 2007 році становив **12%**.²⁸ До групи «Сексуально активна молодь» включені молоді люди віком від 15 до 24 років, які за останні 12 місяців мали більше одного сексуального партнера. Вперше в цьому звіті України сексуально активна молодь визначена як група ризику щодо ВІЛ.

Аналіз відповідей тих, хто пройшов тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, за статтю виявив, що найчастіше тестування проходили жінки: 20% проти 10% чоловіків. При цьому, якщо серед чоловіків відмінності значень цього показника для різних вікових груп незначні, то жінки віком 20-24 роки частіше проходять тестування на ВІЛ, ніж жінки віком 15-19 років, відповідно 23% та 16% (таблиця 7).

Ці дані вказують на те, що рівень доступу і охоплення тестуванням на ВІЛ молоді та підлітків нижчий за показники дорослого населення.

²⁸ Дослідження «Опитування молоді щодо рівня знань стосовно ВІЛ/СНІД, поведінки та ставлення до людей, що живуть з ВІЛ» проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за бюджетні кошти Інституту в усіх областях України, АР Крим та м. Київ, у період з 25 травня по 14 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 2001 особа віком від 14 до 24 років.

Таблиця 7.
Дані для розрахунку національного показника № 7 «Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати серед молоді у віці 15-24 років.»

Кількість респондентів, які дали ствердні відповіді на запитання:	15-19 років			20-24 роки			Загалом 15-24 роки		
	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)	Чоловіки	Жінки	Всього (осіб)
Чи проходили Ви тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців?	14	7	21	22	17	39	36	24	60
Чи отримували Ви результати пройденого тесту на ВІЛ?	12	7	19	19	15	34	31	22	53
Чи мали Ви непостійного статевого партнера за останні 12 місяців?	131	44	175	188	65	253	319	109	428
Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати	9	16	11	10	23	13	10	20	12

Показник №8. Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12-ти місяців та знають свої результати

◆ Споживачі ін'єкційних наркотиків

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12-ти місяців та знають свої результати, дорівнював **29%** в 2007 році серед усіх опитаних.²⁹ У 2004 році цей показник становив 27%³⁰, але через принципову зміну методики реалізації вибіркової сукупності безпосереднє співставлення даного показника з показником, що зазначений у попередньому звіті, не є коректним.

Серед окремих груп СІН значення показника становить: 30% серед жінок, 29% серед чоловіків, 23% серед вікової групи 15-24 роки та 32% серед вікової групи від 25 років і старші.

Аналіз відповідей тих, хто робив тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців, за віком виявив, що найчастіше тестування проходили СІН віком від 30 до 39 років (38%). Наймен-

²⁹ Дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків», проведене Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 14 регіонах України: АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 4140 споживачів ін'єкційних наркотиків. Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою RDS (Respondents Driven Sampling) – вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами.

³⁰ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

ше серед СІН проходили тестування особи віком до 19 років (3%). Це може свідчити про недостатній рівень усвідомлення загрози особистого інфікування ВІЛ або інші перепони для тестування на ВІЛ.

Отримані результати свідчать про доволі високий рівень тестування на ВІЛ серед СІН, більш високий серед вікової групи старше 25 років (31,6%), різниці між чоловіками та жінками практично немає.

Протягом звітного періоду помітне значне покращення доступності тестування на ВІЛ для СІН в Україні. На сьогодні ДКТ включено до мінімального пакету послуг програм, які підтримуються Глобальним Фондом. З 2006 року в більшості регіонів України «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» і партнери на місцях впроваджували тестування на ВІЛ для СІН із використанням швидких тестів.

Незважаючи на збільшення охоплення та доступності послуг з ДКТ даної групи населення, результати за цим показником вказують на те, що його значення завищене. Якщо результати цього показника перерахувати відповідно до оціночних даних кількості СІН в Україні (325 000 – 425 000 осіб), то у 2007 році в цій групі мало б бути проведено від 94 000 до 123 000 тестів. Згідно ж з офіційними даними, у 2007 році серед СІН проведено тільки 33 000 тестів на ВІЛ. Навіть беручи до уваги недостатній облік експрес-тестування СІН, результати якого не були включені до офіційної статистики, така невідповідність свідчить про те, що результати цього дослідження потребують критичного ставлення.

◆ Робітники комерційного сексу

Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за плату, та які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12-ти місяців і знають свої результати, становив у 2007 році **46%**.

За результатами дослідження³¹ серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, в 12 регіонах рівень охоплення тестуванням представників молодшої вікової групи (15-24 роки) був дещо вищим за показники інших вікових груп, і становив 48%, тоді як серед вікової групи 25 років і старші він дорівнював 43%.

Для України є характерним поширення сексуальних послуг за плату, які надаються саме жінками. Група чоловіків, які надають такі послуги, в Україні досить мала, закрита і важкодоступна для проведення досліджень. Отже, у 2007 році, як і раніше, поведінкове дослідження було проведене лише серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату.

Даний показник істотно збільшився порівняно з минулими роками, зокрема у 2004 році він становив 32%³².

Як і в минулі роки, показник охоплення тестуванням на ВІЛ робітників комерційного сексу є найвищим серед усіх груп найбільш уразливих до ВІЛ в Україні. Такий високий показник тестування на ВІЛ серед представників цієї групи також виглядає дещо завищеним. Цей висновок ґрунтується на аналізі рівня охоплення та частоти надання профілактичних послуг, включаючи ДКТ, робітникам комерційного сексу за даний період.

Для визначення точності та обґрунтованості цього показника необхідне проведення додаткових досліджень.

³¹ Дослідження «Моніторинг поведінки жінок, що надають сексуальні послуги за плату» проведене Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 12 регіонах України: АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 1 602 жінки, які надають сексуальні послуги за плату. Вибір респондентів здійснювався через ключових інформантів за методом «снігової кулі»

³² Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

◆ Чоловіки, які мають секс із чоловіками

Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12-ти місяців та знають свої результати, становив у 2007 році 28%.³³ Дані опитування ЧСЧ в 10 регіонах України свідчать, що охоплення тестуванням було дещо меншим серед ЧСЧ віком 15-24 роки порівняно з віковою групою 25 років і старші (відповідно 25 та 29%).

Значення показника некоректно порівнювати з результатами попередніх досліджень в рамках підготовки звіту ССГАООН, оскільки суттєво змінено методику реалізації вибіркової сукупності, зокрема метод досягнення респондентів. Проте, варто зазначити, що за результатами дослідження 2004 року, частка ЧСЧ, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 місяців і знали його результат, становила 25%³⁴.

Незважаючи на те, що рівень охоплення тестуванням на ВІЛ серед ЧСЧ нижчий порівняно з іншими групами підвищеного ризику, ці результати можуть бути завищеними. За даний період охоплення і частота надання профілактичних послуг ЧСЧ, включаючи ДКТ, так само, як і робітникам комерційного сексу, залишаються все ще обмеженими.

Якщо результати даного показника перерахувати відповідно до оціночних даних кількості ЧСЧ в Україні (177 000 – 430 000 осіб), то у 2007 році кількість тестувань представників цієї групи мала б становити від 49 000 до 125 000. Згідно ж з офіційними даними, у 2007 році серед ЧСЧ було проведено 155 тестів на ВІЛ, тестування проходили ті ЧСЧ, які були статевими партнерами ЧСЧ з нещодавно визначеним позитивним результатом на ВІЛ-інфекцію. Навіть враховуючи недооцінку кількості тестувань серед ЧСЧ, які були включені до інших категорій, така невідповідність потребує критичного ставлення. Для визначення точності та обґрунтованості цих даних також необхідні додаткові дослідження.

◆ Засуджені

Відсоток засуджених, які пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 місяців та знають свої результати, становив у 2007 році **25%**.³⁵ Для жінок цей показник становить 30%, для чоловіків – 24%. Суттєвої різниці між віковими групами немає: з респондентів віком до 25 років 24% пройшли тестування на ВІЛ та знають його результати, а з осіб віком 25 років і старші – 26%.

Ці результати свідчать про незначне збільшення охоплення тестуванням на ВІЛ серед засуджених порівняно з 2004 р., коли цей показник становив 18%³⁶. Проте, слід критично підійти до порівняння цих даних, тому що розрахунок у 2004 році здійснювався лише на основі відповідей засуджених, які відбували строк покарання не довше 14 місяців.

Офіційні дані щодо тестування на ВІЛ в пенітенціарній системі України вказують на те, що за цей період охоплення тестуванням на ВІЛ залишається незмінним. Якщо результати

³³ Дослідження «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс із чоловіками як компонент епідеміологічного нагляду за ВІЛ другого покоління» проведене Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проєкт USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 10 регіонах України: АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Івано-Франківській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 1 764 чоловіків, які мають секс із чоловіками. Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою RDS (Respondents Driven Sampling) – вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами

³⁴ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

³⁵ Соціологічне опитування засуджених, проведене ГО «Соціоконсалтінг» спільно з Державним департаментом України з питань виконання покарань за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 12 виправних колоніях у 6 областях України: Житомирській Львівській, Луганській, Одеській, Полтавській та Тернопільській, у період з 17 квітня по 11 червня 2007 р. Всього опитано 1234 засуджених.

³⁶ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

даного показника перерахувати відповідно до кількості засуджених в Україні (130 000 осіб), то в 2007 році це б дорівнювало 32 000 тестів. Згідно ж з офіційними даними, у 2007 році серед засуджених було проведено лише 21 000 тестів на ВІЛ. Беручи до уваги те, що частина засуджених, які брали участь у дослідженні, могли пройти тестування на ВІЛ до відбування покарання, ці дані можна розглядати як точне відображення охоплення тестуванням на ВІЛ серед засуджених. Разом з тим результати дослідження вказують на недостатній рівень охоплення даної групи профілактичними програмами.

Показник №9. Відсоток представників груп високого ризику інфікування ВІЛ, охоплених профілактичними програмами.

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні зконцентрована здебільшого в групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Для України є важливими показники рівнів охоплення профілактичними програмами осіб зі спільнот, найбільш уразливих до епідемії. Такі профілактичні програми відіграють важливу роль у реалізації Національної Програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 роки.

Протягом звітнього періоду профілактичні програми з комплексом послуг для груп найвищого ризику в Україні були розширені і включали такі види діяльності, як програми зменшення шкоди, замісної підтримуючої терапії, розповсюдження презервативів, інформаційних матеріалів, консультації за методом «рівний-рівному», соціальний супровід клієнтів, направлення хворих на лікування туберкульозу та ІПСШ, перша допомога та базові медичні послуги, немедичний догляд та підтримка, тренінги з безпечних практик та зменшення шкоди від ризикованих сексуальних стосунків, створення та підтримка груп самопомоги для СІН, осіб, які надають сексуальні послуги за плату, засуджених, професійна перепідготовка та допомога з працевлаштуванням тощо.

У рамках програми, що підтримується ГФСТМ, проводиться моніторинг цілого ряду профілактичних програм, що постійно реалізуються партнерськими організаціями. Наприклад, «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» і його субреципієнти використовують систему програмного моніторингу, яка враховує не тільки кількість запропонованих послуг, а й кількість клієнтів та частоту їхніх візитів. Вважається, що дані охоплення клієнтів, отримані за допомогою такої системи програмного моніторингу, є більш точними і відображають реальне охоплення профілактичними програмами порівняно з даними, отриманими завдяки соціологічним дослідженням. Водночас, щоб досягнути послідовності, сумісності, погодженості з методологією ССГАООН, цей показник був розрахований з використанням методології зв'язаних поведінкових досліджень, котра рекомендована ССГАООН. Зважаючи на те, що в деяких випадках результати досліджень щодо охоплення профілактичними програмами груп високого ризику значно відрізняються від даних охоплення клієнтів за звітами програмного моніторингу, використовувати показники, наведені у даному звіті, слід обережно та розважливо.

◆ Споживачі ін'єкційних наркотиків

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які були охоплені профілактичними програмами, становив у 2007 році **46%**³⁷. Цей показник ґрунтується на кількості СІН, які за останні 12 місяців отримали разом шприц і презерватив, а також знають куди звернутись, щоб пройти тест на ВІЛ.

³⁷ Дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків», проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/«Визначення політики з питань здоров'я» та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 14 регіонах України: АР Крим, Волинський, Дніпропетровський, Донецький, Кіровоградський, Луганський, Миколаївський, Одеський, Полтавський, Сумський, Харківський, Херсонський, Черкаський областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 4140 споживачів ін'єкційних наркотиків. Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою RDS (Respondents Driven Sampling) – вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами.

У 2004 році цей показник становив 38%³⁸, проте, через принципову зміну методики відбору респондентів та методики підрахунку показника безпосереднє порівняння його значень у динаміці не є коректним.

Серед окремих груп СІН значення показника суттєво відрізняється: серед жінок 50% охоплено профілактичними програмами, тоді як серед чоловіків – 45%. При цьому СІН віком до 25 років охоплені профілактичними програмами менше, ніж вікова група від 25 років і старші: 41% та 48%, відповідно.

За результатами відповідей СІН на окремі запитання, які були використані для розрахунку показника, 88% респондентів знають, куди можна звернутися, якщо є бажання пройти тест на ВІЛ. Суттєвої різниці між чоловіками та жінками з цього питання немає, але серед СІН віком до

25 років 82% обізнані, де можна пройти добровільний тест на ВІЛ, а серед СІН віком 25 років і старші – 90%. Якщо розглядати це в контексті показника тестування на ВІЛ (показник №8), то ці дані свідчать про наступне: незважаючи на те, що більшість СІН знають куди звертатись за тестуванням на ВІЛ, значно менший відсоток (29%) з них дійсно проходить тестування на регулярній основі (щорічно). Ці розбіжності підкреслюють необхідність проведення додаткового дослідження для оцінки мотивації та перепон на шляху тестування на ВІЛ серед СІН.

Презервативи протягом останнього року отримували 51% з усіх опитаних СІН. Серед жінок цією послугою скористалися 56%, а серед чоловіків – 50%. Також спостерігається відмінність між віковими групами: відсоток СІН віком до 25 років, які отримували презервативи протягом останнього року, менший, ніж серед вікової групи від 25 років і старші: 48% та 53%, відповідно.

Показник щодо отримання стерильних шприців протягом останнього року був значно вищим за показник отримання презервативів і становив 67%. Суттєвої різниці між чоловіками та жінками у користуванні цією послугою немає. З усіх СІН віком до 25 років отримували шприцом протягом останнього року 57%, а з усіх СІН віком 25 років і старші – 71%.

Результати поведінкових досліджень значно відрізняються від даних програмного моніторингу профілактичних проектів для СІН. Наприклад, показник кумулятивного охоплення СІН послугами, що надаються «Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні» та його партнерами за кошти ГФСТМ, на кінець 2007 року становить 140 555 СІН, тобто 35% від середньої оціночної кількості цієї групи.

Невідповідність даних, отриманих із двох різних джерел, вказує на потенційну недосконалість методології ССГАООН щодо групи СІН і потребує обережної інтерпретації та посилання на результати. У плануванні додаткового дослідження слід враховувати вплив на результати методу формування вибірки.

Незалежно від джерела отримання даних, показник охоплення СІН профілактичними програмами в Україні є недостатнім, щоб зупинити поширення ВІЛ у цій групі ризику.

◆ Особи, які надають сексуальні послуги за плату

Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за плату, охоплених профілактичними програмами у 2007 році, становив **69%**.³⁹ Цей показник ґрунтується на кількості робітників

³⁸ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

³⁹ Дослідження «Моніторинг поведінки жінок, що надають сексуальні послуги за плату» проведене Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 12 регіонах України: АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, за період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 1602 жінки, які надають сексуальні послуги за плату. Відбір респондентів здійснювався через ключових інформантів за методом «снігової кулі»

сексу, які повідомили про використання презерватива за останні 12 місяців і знають куди звернутись за послугами з тестування на ВІЛ.

Серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, меншою мірою охоплені профілактичними програмами представники вікової групи 15-24 років порівняно зі старшою групою віком 25 років і старші (67% та 72% відповідно).

У 2004 році показник охоплення осіб, які надають сексуальні послуги за плату, профілактичними програмами становив 34%⁴⁰, але через принципову зміну методики розрахунку показника безпосереднє порівняння його значень у динаміці не є коректним.

Як уже зазначалося, для України є характерним поширення сексуальних послуг за плату, які надаються саме жінками. Група чоловіків, які надають такі послуги, в Україні досить мала, закрита і важкодоступна для проведення досліджень. Тому дана група не включена до цього дослідження.

Як свідчать відповіді респондентів, 90% осіб, які надають сексуальні послуги за плату, знають, куди можна звернутися, якщо є бажання пройти тест на ВІЛ. Проте, порівняння з даними тестування на ВІЛ (показник №8), показує значну різницю між знаннями та реальною поведінкою жінок, які надають сексуальні послуги за плату. Так, якщо більшість робітників комерційного сексу знають, куди звернутися за тестуванням на ВІЛ, то менше половини з них (45%) проходили тест на ВІЛ на регулярній основі (щорічно). Ці розбіжності підкреслюють необхідність проведення додаткового дослідження для оцінки мотивації та перепон щодо тестування на ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату.

Суттєвої різниці у відповідях на окремі запитання залежно від віку немає.

Презервативи протягом останніх 12 місяців отримували 71% опитаних жінок, які надають сексуальні послуги за плату. Незважаючи на те, що даний показник є досить високим, варто визнати, що вимірювання охоплення через отримання презервативу раз на рік не є адекватним інструментом оцінки ефективного охоплення профілактичними програмами.

Отримані результати свідчать про досить високий рівень охоплення опитаних жінок, які надають сексуальні послуги за плату, профілактичними програмами. Однак слід зазначити, що використання методу «снігової кулі» для залучення представниць цільової групи до участі в опитуванні, не дозволяє поширювати результат на всю сукупність жінок, які надають сексуальні послуги за плату. Як правило, на контакт йдуть ті жінки, які вже мають досвід охоплення профілактичними програмами, що впроваджуються громадськими організаціями. Отже, можна припустити, що вибіркова сукупність має зміщення в бік групи, яка охоплена профілактичними програмами різноманітних громадських організацій та позитивно ставиться до контактів з надавачами послуг. Для забезпечення більш рівномірного розподілу жінок, які надають сексуальні послуги за плату, під час наступних досліджень доцільно використовувати вибірку за методом формування вибірки, направленої самими респондентами (RDS) або TLS (місцева та часова вибірка).

◆ Чоловіки, які мають секс із чоловіками

Серед усіх опитаних чоловіків, які мають секс з чоловіками, у 2007 році⁴¹ 50% було охоплено профілактичними програмами. Даний показник ґрунтується на кількості ЧСЧ,

⁴⁰ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

⁴¹ Дослідження «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками як компонент епідагледу за ВІЛ другого покоління» проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проєкт USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 10 регіонах України: АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Івано-Франківській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 1764 чоловіків, які мають секс із чоловіками. Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою RDS (Respondents Driven Sampling) – вибірка, що направляєється та реалізується самими респондентами.

які повідомили про використання презерватива за останні 12 місяців. У вікових групах до 25 років та 25 років і старші значення показника практично однакове: 51% та 50% відповідно.

Як свідчать відповіді респондентів, 82% знають, куди можна звернутися, якщо є бажання пройти тест на ВІЛ, причому ЧСЧ віком від 15 до 24 років обізнані гірше (77%), ніж ЧСЧ віком 25 років і старші (85%). Ці розбіжності підкреслюють необхідність проведення додаткового дослідження для оцінки мотивації та перепон щодо тестування на ВІЛ серед ЧСЧ.

Презервативи протягом останніх 12 місяців отримували 53% опитаних ЧСЧ (58% у віковій групі 15-24 роки та 50% у віковій групі 25 років і старші).

Як і у випадку з іншими групами ризику, значення даного показника серед ЧСЧ різко відрізняється від аналогічних показників в інших групах високого ризику. На кінець 2007 року 10 361 ЧСЧ, тобто лише 5% від оціночного числа представників цієї групи ризику були охоплені профілактичними програмами, що реалізуються за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні». Цей відсоток майже у 10 разів менший від показника рівня охоплення, отриманого за результатами даного дослідження. Невідповідність даних, отриманих із двох різних джерел, вказує на потенційну недосконалість методології ССГАООН щодо групи ЧСЧ і потребує обережної інтерпретації і посилення на результати. У плануванні додаткового дослідження слід враховувати вплив на результати методу формування вибірки.

◆ Засуджені

Відсоток засуджених осіб, яких охоплено профілактичними програмами, у 2007 році становив **8%**⁴².

Цей показник ґрунтується на кількості засуджених, які повідомили про використання презерватива за останні 12 місяців і знають, де пройти ДКТ.

Варто відзначити, що для засуджених жінок цей показник становив 1%, тоді як для засуджених чоловіків – 10%. Так само є різниця у значенні показника між віковими групами до 25 років та 25 років і старші: 4% та 9%, відповідно.

В Україні добровільне консультування та тестування для засуджених є доступним. На запитання «Чи знаєте Ви куди звернутись, якщо хочете пройти тест на ВІЛ?» ствердно відповіли 67% опитаних засуджених осіб, причому серед жінок знають куди звернутися для проходження тесту на ВІЛ 64%, а серед чоловіків – 68%. Більш суттєва різниця у рівнях поінформованості щодо місць, де можна пройти тест на ВІЛ, спостерігається між віковими групами засуджених осіб. Знають, куди звернутися для проходження тесту на ВІЛ, 61% з усіх засуджених осіб віком до 25 років, а у віковій групі 25 років і старші – 68%.

Протягом останніх 12 місяців презервативи отримували 11% засуджених осіб, причому серед жінок лише 3%, а серед чоловіків – 13%. За віком показник має такі значення: для групи до 25 років – 7%, а для групи 25 років і старші – 12%.

Ці дані вказують на недостатній рівень охоплення засуджених профілактичними програмами, тому, цей показник має бути значно розширений.

⁴² Соціологічне опитування засуджених, проведено ГО «Соціоконсалтінг» спільно з Державним департаментом України з питань виконання покарань за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 12 виправних колоніях у 6 областях України: Житомирській Львівській, Луганській, Одеській, Полтавській та Тернопільській, у період з 17 квітня по 11 червня 2007 р. Всього опитано 1234 засуджених.

◆ Сексуально активна молодь

Відсоток сексуально активної молоді, охопленої профілактичними програмами, у 2007 році становив 16%.⁴³ У дослідженні за групу сексуально активної молоді була прийнята молодь віком від 15 до 24 років, яка повідомила про те, що протягом останніх 12 місяців мала більше одного сексуального партнера.

Аналіз показника з розбивкою за статтю виявив, що жінки охоплені профілактичними програмами менше, ніж чоловіки: 12% та 17%, відповідно.

Суттєвої різниці у значенні показника між віковими групами немає, але у віковій групі 20-24 роки різниця у значеннях показника за статтю проявляється найбільше: чоловіки – 19%, жінки – 9%. А у віковій групі 15-24 роки відмінності значень показника за статтю незначні.

На запитання щодо поінформованості про місця, де можна пройти тестування на ВІЛ, ствердно відповіли 75% молодих людей віком 15-24 роки: жінки – у 77% випадків, а чоловіки – у 74%. При тому, що суттєвої різниці за статтю у відповідях на це запитання немає, спостерігається відмінність між віковими групами, а саме: молоді люди віком 15-19 років менш обізнані про місця, де можна пройти тестування на ВІЛ, ніж молодь віком 19-24 роки – 67% та 80%, відповідно.

Презервативи протягом останніх 12 місяців отримували 22% опитаної сексуально активної молоді, з них серед жінок – 16%, а серед чоловіків – 24%. Суттєвої різниці між віковими групами немає.

Порівняти значення показників 2007 і 2004 років неможливо, оскільки їх розрахунки здійснювалися за різними методиками.

Показник №11. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів в Україні, що мають підготовлених учителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ

Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів в Україні, що мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ у 2006 році становив **57%**.⁴⁴

Найсильніше епідемія ВІЛ-інфекції вражає молодь. Тому використання інтерактивних форм роботи для здобуття знань і розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя, а також профілактики ВІЛ у навчальних закладах набуває особливої актуальності.

З усіх опитаних керівників 393 загальноосвітніх закладів України, які включали 109 початкових шкіл та 284 середні школи, 59% зазначили, що їхній заклад має вчителів, які пройшли спеціальну підготовку за програмами розвитку в учнів життєвих навичок щодо

⁴³ Дослідження «Опитування молоді щодо рівня знань стосовно ВІЛ/СНІД, поведінки та ставлення до людей, що живуть з ВІЛ» проведено Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за бюджетні кошти Інституту в усіх областях України, АР Крим та м. Київ, у період з 25 травня по 14 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 2001 осіб віком від 14 до 24 років.

⁴⁴ Моніторингове дослідження «Охоплення учнівської молоді профілактичними програмами та оцінка їх ефективності» було проведено Інформаційним центром моніторингу і оцінки превентивної освіти дітей і молоді (Інститут інноваційних технологій і змісту освіти) спільно з Київським міжнародним інститутом соціологічних досліджень за підтримки МВФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією». Загальнонаціональне репрезентативне опитування директорів загальноосвітніх навчальних закладів в Україні, включаючи директорів середніх шкіл I ступеню та спеціальних загальноосвітніх шкіл проведено протягом серпня-вересня 2006 р. Для збору інформації застосовувалась стратифікована вибірка, стохастична на кожному етапі відбору. З метою збереження можливості порівняння даних, інструментарій було розроблено на основі інструментарію, що використовувалася у попередньому дослідженні 2004 року. Директорів загальноосвітніх навчальних закладів було опитано методом роздавального анкетування за місцем роботи та методом поштового анкетування за робочою адресою

формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, і проводили такі заняття за останній навчальний рік. Розподіл за типом шкіл засвідчує, що 68% середніх шкіл запровадили дані програми, на відміну від 29,4% початкових шкіл. У 2004 році рівень забезпеченості навчальних закладів відповідними програмами був 55 %⁴⁵.

Причому, серед шкіл, які мають принаймні одного вчителя, який пройшов відповідну підготовку, – 97% забезпечили проведення занять за програмами формування в учнів навичок здорового способу життя, що на 7% перевищує аналогічний показник 2004 р. (який дорівнював 90%). Зростання цього показника підкреслює розуміння вчителями й директорами шкіл своєї відповідальності за первинну профілактику інфікування ВІЛ. Це підтверджується й зацікавленістю учнів змістом профілактичних заходів та їх впливом на позитивні зміни в поведінці школярів та їхньому ставленні до здорового способу життя. Так, 64% учнів, які взяли участь в опитуванні у 2006 році, вважали заходи, які вони відвідали, цікавими. У 2004 році таких відповідей було 40%. Після участі у профілактичних заходах 20% учнівської молоді сказали про суттєві зміни в своїй поведінці щодо ведення здорового способу життя (для порівняння: 12 % у 2004 році).

Якщо проаналізувати кадрове забезпечення навчальних закладів різного типу, то у ліцєях і гімназіях працює значно більше підготовлених вчителів, ніж у середніх школах, а саме: 80% ліцєїв мають відповідних фахівців, тоді як серед шкіл I-II ступеня таких закладів 50%.

Показник, розрахований окремо для міської та сільської місцевості, свідчить про істотно вищий рівень забезпеченості міських шкіл підготовленими вчителями: 68% порівняно з 43% на селі, що свідчить про те, що з 2004 року ситуація практично не змінилася.

Заняттями щодо ВІЛ/СНІДу на основі життєвих навичок найбільше охоплені учні старшої і основної шкільних ланок. Але із введенням з першого класу навчального предмету «Основи здоров'я» (35 годин на рік), який є обов'язковим, учні початкової школи теж активно залучаються до навчання здоровому способу життя на основі життєвих навичок. Тому необхідно більше уваги приділити підготовці вчителів початкової ланки щодо формування у молодших школярів навичок здорового способу життя на основі життєвих навичок, а також вдосконаленню програм у напрямку розвитку практичних навичок, як щодо здорового способу життя взагалі, так і дотримання безпечної поведінки стосовно залучення до вживання наркотиків, зараження ВІЛ та інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Показник №10. Відсоток сиріт та вразливих щодо ВІЛ дітей віком 0 – 17 років, чий домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною

Відсоток сиріт та вразливих щодо ВІЛ дітей віком від народження до 17 років, чий домогосподарства отримують безкоштовну базову зовнішню допомогу по догляду за дитиною, в Україні **не визначався**.

У країнах, що найбільше постраждали від ВІЛ-інфекції, спостерігається постійне зростання кількості дітей-сиріт, які потребують адекватної підтримки, у тому числі мати можливість отримати освіту. Очевидно, що деякі цілі Декларації стосуються лише тих країн, які найбільше постраждали від епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, тому в Звіті України 2008 року не розраховуються цей та наступний показники, що характеризують послуги для сиріт та уразливих дітей.

⁴⁵ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006

Оскільки епідемія ВІЛ в Україні класифікується як концентрована, даний показник не визначався, бо є найбільш прийнятним для країн з генералізованою епідемією.

Показник №12. Поточне відвідування школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, віком 10-14 років

Поточне відвідування школи дітьми-сиротами і дітьми, які мають батьків, віком 10-14 років, також не визначалося, тому що згідно з законодавством України загальна середня освіта є обов'язковою для всіх дітей, не залежно від їх соціального стану.

◆ Показники знань та поведінки

В Україні на сьогодні не вдалося домогтися суттєвого успіху в стабілізації епідемії – щороку зростає кількість нових випадків ВІЛ-інфекції. Проблема зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу здебільшого обумовлена відсутністю у суспільстві об'єктивної інформації про ВІЛ-інфекцію, шляхи її передачі та запобігання, а також невизначеним впливом цієї інформації на поведінку. Згідно з цим показником, рівень обізнаності про ВІЛ/СНІД все ще досить далекий від мети, що визначена країною в рамках виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Водночас значення цього показника вказує на те, що як серед загального населення, так і серед груп підвищеного ризику, все ще широко розповсюджена ризикована поведінка, яка напряду впливає на рівень поширеності ВІЛ.

РІВЕНЬ ЗНАНЬ МОЛОДІ ЩОДО ВІЛ

Показник №13. Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

У 2007 році відсоток молодих людей віком 15-24 років, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається становив **40%**.⁴⁶ Цей показник розраховувався на основі відповіді на п'ять запитань.

У 2004 році цей показник становив 14%⁴⁷, проте, через зміну двох запитань⁴⁸, на основі яких розраховується цей показник, безпосереднє порівняння його значень у динаміці не є коректним.

Суттєвої різниці у значеннях цього показника в 2007 році залежно від статі молодих людей немає (серед жінок 42% респондентів правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, а серед чоловіків – 39%). Проте, респонденти віком 15-19 років демонструють гірші знання, ніж респонденти з вікової групи 20-24 роки: для цих груп значення показника дорівнюють 36% та 44%, відповідно.

⁴⁶ Дослідження «Опитування молоді щодо рівня знань стосовно ВІЛ/СНІД, поведінки та ставлення до людей, що живуть з ВІЛ» проведено Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за бюджетні кошти Інституту в усіх областях України, включаючи АР Крим та м. Київ, у період з 25 травня по 14 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 2001 осіб віком від 14 до 24 років.

⁴⁷ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

⁴⁸ Для розрахунку цього національного показника замість тверджень «Людина може заразитися ВІЛ через укуси комара» та «Людина може заразитися ВІЛ, якщо приймає їжу разом із ВІЛ-інфікованим» було використано наступні твердження: «Людина може заразитися ВІЛ через загальне користування з ВІЛ-позитивною людиною туалетом, басейном, сауною»; «Людина може заразитися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною»

Аналіз отриманих відповідей респондентів свідчить про досить високий рівень поінформованості молоді щодо окремих шляхів запобігання передачі ВІЛ-інфекції та шляхів, якими вона не передається. При цьому, різниці між чоловіками та жінками немає, а що стосується вікових груп (15-19 років та 20-24 роки), то молодша група з окремих питань також демонструє дещо гіршу обізнаність.

Про те, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо мати сексуальні стосунки лише з одним вірним неінфікованим партнером, знають 87% опитаних молодих людей (серед жінок – 88%, серед чоловіків – 86%). При цьому є суттєва різниця у відповідях на запитання про цей шлях запобігання передачі ВІЛ-інфекції між віковими групами: 84% та 90% відповідно.

Використання презерватива під час кожного статевого акту, як шлях запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції, визначили 88% респондентів без суттєвої різниці за ознакою статі та між віковими групами.

Із твердженням, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ, погодились 84% респондентів (85% жінок та 83% чоловіків). Проте, спостерігається суттєва різниця між частками представників різних вікових груп молодих людей (15-19 років та 20-24 роки): 81% та 87%, відповідно.

З тим, що людина може інфікуватися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною, не погодились лише 63% опитаних молодих людей незалежно від статі. Проте, спостерігається деяка відмінність між частками респондентів з різних вікових груп (15-19 років та 20-24 роки), які відповіли правильно, не погодившись з цим припущенням: відповідно, 61% та 65% респондентів.

Визнали хибним твердження, що людина може інфікуватися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною, 69% респондентів (67% жінок та 71% чоловіків). Так само немає значної різниці між частками молодих людей з різних вікових груп, які правильно назвали це твердження хибним: 68% та 72%, відповідно.

Незважаючи на те, що значення даного показника покращилось, воно все ще залишається досить далеким від мети, що визначена країною в рамках виконання Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД до 2010 р. Якщо Україна найближчим часом не запровадить систематичну інформаційно-просвітницьку кампанію для молоді на національному рівні, досягнення наміченої мети стосовно підвищення рівня обізнаності цієї цільової групи про те, як передається та не передається ВІЛ (до 95%) буде неможливим.

ЗНАННЯ ПРЕДСТАВНИКІВ ГРУП ВИСОКОГО РИЗИКУ ПРО ВІЛ

Показник №14. Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

Наявність правильних знань у представників груп ризику про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ є важливою передумовою зміни поведінки на менш ризиковану щодо інфікування ВІЛ. Відсоток осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, визначений окремо для кожної з таких груп ризику, як: а) споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН); б) особи, які надають сексуальні послуги за плату; в) чоловіки, які мають секс із чоловіками (ЧСЧ); г) засуджені; д) військовослужбовці.

◆ Споживачі ін'єкційних наркотиків

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, у 2007 році становив **47%**.⁴⁹ Даний показник формувався на основі правильних відповідей на п'ять запитань.

У 2004 році цей показник становив 21%⁵⁰, проте, через зміну⁵¹ двох запитань, на основі яких розраховується цей показник, безпосереднє порівняння його значень у динаміці не є коректним.

Суттєвої різниці у значеннях цього показника в 2007 році залежно від статі СІН немає (серед жінок 45% респондентів правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, а серед чоловіків – 47%). Проте, СІН віком до 25 років демонструють гірші знання, ніж СІН з вікової групи 25 років і старші: для цих груп значення показника дорівнюють 41% та 49%, відповідно.

Аналіз отриманих відповідей респондентів свідчить про досить високий рівень поінформованості СІН щодо окремих шляхів запобігання передачі ВІЛ-інфекції та шляхів, якими вона не передається. При цьому, різниці між чоловіками та жінками немає, а що стосується вікових груп (до 25 років та 25 років і старші), то молодша група демонструє гіршу обізнаність лише у питаннях, які стосуються хибних припущень про шляхи передачі ВІЛ.

Про те, що інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером, знають 79% опитаних СІН не залежно від статі. Суттєвої різниці у відповідях на запитання про цей шлях запобігання передачі ВІЛ-інфекції між віковими групами так само немає: 77% та 80%, відповідно.

Правильне використання презерватива під час кожного статевого акту як шлях запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції визначили 74% респондентів, так само суттєвої різниці за ознакою статі та між віковими групами немає.

Із твердженням, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ, погодились 83% респондентів. Із цим твердженням погодились 81% жінок та 83% чоловіків. Так само не суттєва різниця між частками представників різних вікових груп СІН (до 25 років та 25 років і старші), які правильно погодились з цим твердженням: 80% та 84%, відповідно.

Не погодились з тим, що людина може інфікуватися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною, 83% опитаних СІН незалежно від статі. Проте, спостерігається відмінність між частками СІН з різних вікових груп (до 25 років та 25 років і старші), які не погодились із цим припущенням: відповідно, 79% та 84% респондентів.

Відкинули як хибне твердження про те, що людина може інфікуватися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною, 86% респондентів (87% серед жінок та 85% серед чоловіків). Частка СІН, які відповіли правильно, що це твердження хибне, значно менша у групі віком до 25 років, ніж у групі 25 років і старші: 81% та 87%, відповідно.

⁴⁹ Дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків», проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 14 регіонах України: АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 4140 споживачів ін'єкційних наркотиків. Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою RDS (Respondents Driven Sampling) – вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами

⁵⁰ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006

⁵¹ Для розрахунку цього національного показника замість тверджень «Людина може заразитися ВІЛ через укуси комара» та «Людина може заразитися ВІЛ, якщо приймає їжу разом з ВІЛ-інфікованим» було використано наступні твердження: «Людина може заразитися ВІЛ через загальне користування з ВІЛ-позитивною людиною туалетом, басейном, сауною»; «Людина може заразитися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною»

Оскільки ін'єкційне вживання наркотиків є першочерговим шляхом передачі ВІЛ-інфекції в Україні, анкета, за якою проводилось опитування СІН, включала також і твердження, що ВІЛ-інфекцією можна заразитись, користуючись голкою для ін'єкції, якою користувалася інша людина, хоча відповіді на це запитання не включались до основного показника. Погодились із таким твердженням 95% опитаних СІН, що вказує на те, що переважна більшість знає про ризик інфікування, пов'язаний з використанням голки та шприца. Щодо твердження «ВІЛ-інфекцією можна заразитися через укуси комара», яке також було присутнє в анкеті, то 83% респондентів визнали його таким, що не відповідає дійсності. Але ці дані не використовувалися для розрахунку показника.

Незважаючи на те, що значення цього показника значно покращилось за звітний період, проте він все ще викликає занепокоєння оскільки менше половини опитаних СІН знають правильні шляхи передачі ВІЛ та відкидають найбільш поширені міфи.

◆ Особи, які надають сексуальні послуги за плату

Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за плату і правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, у 2007 році становив **48%**⁵². Даний показник формувался на основі правильних відповідей на п'ять запитань.

У 2004 році цей показник становив 8%⁵³, але через зміну двох запитань,⁵⁴ на основі яких розраховується цей показник, безпосереднє порівняння його значень у динаміці не є коректним. Тим не менш, можна констатувати зростання рівня знань серед цієї групи ризику.

Варто наголосити, що для України є характерним поширення сексуальних послуг за плату, які надаються саме жінками. Група чоловіків, які надають такі послуги, в Україні досить мала, закрита і важкодоступна для проведення досліджень. Отже, у 2007 році, як і раніше, поведінкове дослідження було проведено лише серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату.

У 2007 році респонденти віком до 25-ти років демонструють значно гіршу обізнаність щодо шляхів запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та шляхів, якими вона не передається, порівняно з респондентами віком 25 років і старші. Правильно відповіли на усі п'ять запитань, за якими розраховувався цей показник, 43% та 53%, відповідно, з кожної вікової групи.

Аналіз відповідей респондентів свідчить про досить високий рівень їхньої поінформованості щодо окремих шляхів запобігання передачі ВІЛ-інфекції та шляхів, якими вона не передається. При цьому, молодша вікова група (до 25 років) демонструє гіршу обізнаність практично з усіх питань.

Знають, що інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером, 81% респондентів. Лише щодо цього шляху запобігання

⁵² Дослідження «Моніторинг поведінки жінок, що надають сексуальні послуги за плату» проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 12 регіонах України: АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 1602 жінки, які надають сексуальні послуги за плату. Відбір респондентів здійснювався через ключових інформантів за методом «снігової кулі».

⁵³ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

⁵⁴ Для розрахунку цього національного показника замість тверджень «Людина може заразитися ВІЛ через укуси комара» та «Людина може заразитися ВІЛ, якщо приймає їжу разом з ВІЛ-інфікованим» було використано наступні твердження: «Людина може заразитися ВІЛ через загальне користування з ВІЛ-позитивною людиною туалетом, басейном, сауною»; «Людина може заразитися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною»

інфікуванню ВІЛ респонденти молодшої вікової групи (до 25 років) демонструють кращу обізнаність: 83% проти 78% правильних відповідей у респондентів віком 25 років і старші.

Правильно відповіли, що ризик інфікування ВІЛ можна знизити, якщо користуватися презервативом під час кожного сексуального контакту, 99% жінок, які надають сексуальні послуги за плату, незалежно від віку опитаних.

Знають, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ 71% респондентів. Причому, респонденти молодшої вікової групи (до 25 років) демонструють значно гіршу обізнаність з цього питання: 66% проти 77% правильних відповідей серед респондентів віком 25 років і старші.

Відкинули як хибне твердження, що людина може отримати ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованим туалетом, басейном, сауною 83% опитаних жінок, які надають сексуальні послуги за плату. Частка респондентів, які відповіли правильно, що це твердження хибне, значно менша у групі віком до 25 років, ніж у групі 25 років і старші: 80% та 85%, відповідно.

Не погодились з тим, що людина може отримати ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною, 78% респондентів (76% з групи віком до 25 років та 80% з групи віком 25 років і старші).

Незважаючи на те, що значення цього показника за звітний період значно покращилось, менше половини жінок, які надають сексуальні послуги за винагороду, дають правильні відповіді про шляхи передачі ВІЛ і відкидають найбільш поширені міфи.

◆ Чоловіки, які мають секс із чоловіками

Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками і правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, у 2007 році дорівнював **47%**.⁵⁵ Даний показник формувався на основі правильних відповідей на п'ять запитань.

У 2004 році цей показник становив 49%⁵⁶, проте через зміну двох запитань,⁵⁷ на основі яких розраховується цей показник, а також методики реалізації вибірки безпосереднє порівняння значень показника у динаміці не є коректним.

Чоловіки, які мають секс із чоловіками, віком до 25 років, у 2007 році демонструють гіршу обізнаність про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та шляхи, якими вона не передається, ніж ЧСЧ з вікової групи 25 років і старші: для цих груп значення показника відповідно дорівнюють 43% та 49%.

Аналіз відповідей ЧСЧ свідчить про досить високий рівень їхньої поінформованості щодо окремих шляхів запобігання передачі ВІЛ-інфекції та шляхів, якими вона не передається. При цьому, ЧСЧ молодшої вікової групи (до 25 років) також переважно демонструють гіршу обізнаність, ніж ЧСЧ старшої вікової групи (25 років і старші).

Про те, що інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером, знають 78% опитаних ЧСЧ. Суттєвої різниці у відповідях на

⁵⁵ Дослідження «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками як компонент епідагледу за ВІЛ другого покоління» проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проєкт USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією». Дослідження проводилось у 10 областях України: Дніпропетровська, Донецька, Івано-Франківська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Черкаська області, АР Крим та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 1764 чоловіків, які мають секс із чоловіками.

⁵⁶ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006

⁵⁷ Для розрахунку цього національного показника замість тверджень «Людина може заразитися ВІЛ через укуси комара» та «Людина може заразитися ВІЛ, якщо приймає їжу разом з ВІЛ-інфікованим» було використано наступні твердження: «Людина може заразитися ВІЛ через загальне користування з ВІЛ-позитивною людиною туалетом, басейном, сауною»; «Людина може заразитися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною».

запитання про цей шлях запобігання передачі ВІЛ-інфекції між віковими групами так само немає: 77% та 78%, відповідно.

Використання презерватива під час кожного статевого акту як шлях запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції визначили 93% респондентів. Так само суттєвої різниці між віковими групами немає.

Із твердженням, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ, погодились 82% респондентів. Спостерігається відмінність між частками ЧСЧ з різних вікових груп (до 25 років та 25 років і старші), які погодились із цим припущенням: відповідно, 78% та 85% респондентів.

Не погодились із тим, що людина може інфікуватися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною, 76% опитаних ЧСЧ. Причому, респонденти віком до 25 років знову демонструють гіршу обізнаність: 71% з них відповіли правильно, проти 79% правильних відповідей у групі ЧСЧ віком 25 років і старші.

Визнали хибним твердження, що людина може інфікуватися ВІЛ, якщо питиме по черзі з однієї склянки з ВІЛ інфікованою людиною, 81% респондентів. Частка ЧСЧ, які відповіли правильно, що це твердження хибне, так само значно менша у групі віком до 25 років, ніж у групі 25 років і старші: 78% та 84%, відповідно.

Надані результати показують, що поряд із високим рівнем обізнаності про ВІЛ, менше половини представників ЧСЧ знають правильні шляхи передачі ВІЛ та відкидають найбільш поширені міфи.

◆ Засуджені

Відсоток засуджених осіб, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, у 2007 році становив **43%**.⁵⁸ Даний показник формувався на основі правильних відповідей на п'ять запитань.

У 2004 році цей показник становив 39%.⁵⁹ Враховуючи значну відмінність двох запитань⁶⁰ анкети цього комбінованого показника, його значення у цих дослідженнях суттєво відрізняється і має порівнюватися виважено.

Разом з тим помітне деяке підвищення рівня знань про ВІЛ серед цієї групи.

За результатами дослідження, спостерігається суттєва різниця у значеннях цього показника розрахованих окремо для чоловіків та жінок, а також для вікових груп до 25 років і 25 років і старші. Серед засуджених жінок 37% правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, а серед засуджених чоловіків – 45%. Засуджені віком до 25 років демонструють значно гірші знання, ніж засуджені віком 25 років і старші: для цих груп значення показника дорівнюють 34% та 46%, відповідно.

Аналіз отриманих відповідей респондентів свідчить про досить високий рівень поінформованості засуджених осіб щодо окремих шляхів запобігання передачі ВІЛ-інфекції та шляхів, яким вона не передається.

⁵⁸ Соціологічне опитування засуджених осіб, проведено ГО «Соціоконсалтинг» спільно з Державним департаментом України з питань виконання покарань за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією», у 12 виправних колоніях у 6 областях України: Житомирській Львівській, Луганській, Одеській, Полтавській та Тернопільській у період з 17 квітня по 11 червня 2007 р. Всього опитано 1234 засуджених осіб

⁵⁹ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

⁶⁰ Для розрахунку цього національного показника замість тверджень «Людина може заразитися ВІЛ через укуси комара» та «Людина може заразитися ВІЛ, якщо приймає їжу разом з ВІЛ-інфікованим» було використано наступні твердження: «Людина може заразитися ВІЛ через загальне користування з ВІЛ-позитивною людиною туалетом, басейном, сауною»; «Людина може заразитися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію з ВІЛ-інфікованою людиною»

Про те, що інфікування ВІЛ можна уникнути, якщо мати секс лише з одним вірним неінфікованим партнером, знають 71% опитаних засуджених осіб незалежно від статі. Спостерігається суттєва різниця у відповідях різних вікових груп на запитання про цей шлях запобігання передачі ВІЛ-інфекції: 62% та 74%, відповідно.

Про використання презерватива під час кожного статевого акту для запобігання статевої передачі ВІЛ-інфекції знають 80% респондентів. Суттєвої різниці між жінками та чоловіками немає. Але засуджені молодшої вікової групи (до 25 років) знову демонструють гіршу обізнаність: з них 75% відповіли правильно, а засуджені віком 25 років і старші у 81% випадків дали правильну відповідь.

Із твердженням, що людина, яка виглядає здоровою, може мати ВІЛ, погодились 79% респондентів (87% жінок та 77% чоловіків). Знову ж частка представників вікової групи до 25 років демонструє гіршу обізнаність з цього питання: 75% з них погодились з цим твердженням, проти 80% серед респондентів віком 25 років і старші.

Не погодились з тим, що людина може інфікуватися ВІЛ через спільне користування з ВІЛ-інфікованою людиною туалетом, басейном, сауною 68% опитаних засуджених осіб (65% жінок та 69% чоловіків). Проте, спостерігається відмінність між частками респондентів з різних вікових груп (до 25 років та 25 років і старші), які не погодились з цим припущенням: відповідно, 60% та 70% респондентів.

Погодились з твердженням, що людина може інфікуватися ВІЛ через спільне використання ін'єкційного інструментарію з ВІЛ-інфікованою людиною 81% респондентів (83% серед жінок та 81% серед чоловіків). Частка засуджених осіб, які відповіли правильно, значно менша у групі віком до 25 років, ніж у групі 25 років і старші: 75% та 83%, відповідно.

Таким чином, рівень обізнаності про ВІЛ серед засуджених є досить високим і навіть зріс за звітний період. Такий відносно високий рівень знань серед засуджених пояснюється послідовним та зростаючим охопленням засуджених освітніми програмами щодо ВІЛ, які проводяться Державним департаментом України з питань виконання покарань. Проте, так само, як і в інших цільових групах, менше половини засуджених правильно вказують шляхи передачі ВІЛ та відкидають найбільш поширені міфи.

◆ Військовослужбовці

Відсоток військовослужбовців, які правильно визначають шляхи запобігання статевої передачі ВІЛ-інфекції та шляхи, якими вона не передається, у 2007 році становив **44%**.⁶¹

До цільової групи даного показника включено особовий склад Збройних Сил України, зокрема офіцери, військовослужбовці строкової та контрактної служби, а також курсанти військових навчальних закладів.

У 2004 році цей показник становив 23%⁶², проте, через зміну⁶³ двох запитань, на основі яких розраховується цей показник, безпосереднє порівняння значень показника у динаміці не є коректним.

⁶¹ Дослідження «Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епідеміології за ВІЛ другого покоління» провів Центр соціальних та політичних досліджень «СОЦІС» за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією» та Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я. Опитування проводилося в 27 військових частинах і в чотирьох військових навчальних закладах в таких регіонах: Захід – Львівська та Закарпатська області; Схід – Дніпропетровська область та м. Харків; Південь – Одеська, Миколаївська області та АР Крим; Центр – Житомирська, Чернігівська області та м. Київ. Вибірка дослідження складала 2683 особи. Опитування проводилось у травні 2007 р

⁶² Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006

⁶³ Для розрахунку цього національного показника замість тверджень «Людина може заразитися ВІЛ через укуси комара» та «Людина може заразитися ВІЛ, якщо приймає їжу разом з ВІЛ-інфікованим» було використано наступні твердження: «Людина може заразитися ВІЛ через загальне користування з ВІЛ-позитивною людиною туалетом, басейном, сауною»; «Людина може заразитися ВІЛ, якщо пити по черзі з однієї склянки з ВІЛ-інфікованою людиною»

Переважна більшість респондентів знає про роль, яку відіграє використання презервативів та статеві контакти з одним постійним неінфікованим партнером у забезпеченні захисту від зараження. Більшість також свідомо того, що ВІЛ не має зовнішніх проявів. Найменше сумнівів викликає шлях передачі ВІЛ через ін'єкційний інструментарій. Питання про можливість передачі ВІЛ через спільне користування туалетом, басейном, сауною з ВІЛ-інфікованою людиною викликало найбільше складнощів у респондентів.

Рівень обізнаності солдатів та сержантів строкової служби є порівняно найнижчим, військовослужбовців контрактної служби – порівняно вищим, але нижчим за рівень офіцерів та курсантів.

Таблиця 8. Відсоток військовослужбовців, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається

	<i>Офіцери</i>	<i>Військово-службовці строкової служби</i>	<i>Військово-службовці контрактної служби</i>	<i>Курсанти</i>	<i>Загалом</i>
Можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо мати статеві контакти лише з одним вірним, неінфікованим партнером.	92	82	89	89	88
Можна знизити ризик передачі ВІЛ, якщо користуватися презервативом під час сексуальних контактів.	90	89	86	94	89
Здорова на вигляд людина може бути ВІЛ-інфікованою.	91	82	80	89	85
Можна інфікуватися ВІЛ, якщо пити з одної склянки з ВІЛ-інфікованою людиною	72	65	66	79	69
Можна інфікуватися ВІЛ через спільне користування туалетом, басейном, сауною з ВІЛ-інфікованою людиною	68	65	60	77	66
Відсоток військовослужбовців, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	52	36	39	60	44

Найнижчий рівень обізнаності демонструють військовослужбовці строкової служби. Трішки вищий рівень обізнаності у військовослужбовців контрактної служби, проте значно нижчий, ніж в офіцерів та курсантів. Найвищий рівень обізнаності спостерігається серед курсантів. Показники обізнаності офіцерів та курсантів майже не відрізняються між собою і є достатньо високими. Рівень обізнаності військовослужбовців строкової та контрактної служби також значно не відрізняється, проте є значно нижчим, ніж серед офіцерів та курсантів.

РИЗИКОВАНІ СТАТЕВІ СТОСУНКИ

Показник №15. Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років

Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які мали статеві контакти у віці до 15 років, у 2007 р. становив **5%**⁶⁴.

Пізніший початок статевого життя і утримання від дошлюбних статевих контактів дозволяє знизити потенційний ризик інфікування ВІЛ серед молоді. Деякі дані вказують на те, що пізніший початок статевого життя знижує уразливість до ВІЛ-інфекції, особливо серед жінок. Проте, отримані результати засвідчують, що частина молоді мала такі статеві стосунки і наражалась на небезпеку зараження ВІЛ.

Значення цього показника, розраховані окремо для жінок та чоловіків віком від 15 до 24 років, дорівнюють, відповідно, 3% та 7%.

Відмінності значень показника, за віком перебувають у межах похибки вибірки: у віковій групі 15–19 років – 6%, у віковій групі 20–24 роки – 5%. З молодих людей віком 15–17 років 6% мали статеві контакти у віці до 15 років. Ця вікова група виділяється окремо, оскільки в Україні планується відстежувати зміни рівнів цього показника кожні два-три роки.

У віковій групі 15–19 років зафіксована найбільша різниця у значеннях показника за статтю: серед жінок – 3%, серед чоловіків – 9%.

У групі 20–24 роки різниця у значеннях показника за статтю не така суттєва: 3% та 6%, відповідно.

У групі молодих людей віком 15–17 років різниця у значеннях показника за статтю не відрізняється від групи 15-19 років, а саме: серед жінок – 3% мали статеві контакти у віці до 15 років, а серед чоловіків – 9%.

Даний показник є важливим для обґрунтування раннього початку навчально-освітньої діяльності щодо культури та безпечності статевих стосунків серед підлітків та молоді молодшої вікової групи, коли вони ще не залучені до статевого життя і можуть убезпечитись від інфікування ВІЛ.

Показник №16. Відсоток чоловіків та жінок віком 15-49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців

Відсоток чоловіків та жінок віком 15-49 років, які мали статеві контакти більш ніж з одним партнером протягом останніх 12 місяців, у 2007 році становив **14%**⁶⁵.

Серед жінок про наявність більше ніж одного статевого партнера повідомили втричі менше опитаних осіб, ніж серед чоловіків, відповідно, 7% та 21%.

Спостерігається суттєва різниця у значеннях цього показника, розрахованого для різних вікових груп. Серед молоді віком 15-19 років про наявність більше ніж одного

⁶⁴ Дослідження «Опитування молоді щодо рівня знань стосовно ВІЛ/СНІД, поведінки та ставлення до людей, що живуть з ВІЛ» проведене Державним інститутом розвитку сім'ї та молоді за бюджетні кошти Інституту в усіх областях України, АР Крим та м. Київ, у період з 25 травня по 14 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 1858 осіб віком від 14 до 24 років.

⁶⁵ Загальнонаціональне репрезентативне опитування населення України віком 15-49 років включно проведене Київським міжнародним інститутом соціології та Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Дослідження проведене у період з 15 по 26 вересня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 2200 осіб.

статевого партнера повідомили 18%, серед молоді віком 20-24 роки найбільше – 23%, а серед осіб віком 25-49 років найменше – 11%.

Отже, можна зробити висновок, що найбільш активне статеве життя ведуть молоді особи з вікової групи 20-24 роки. Саме ця категорія молоді потребує більшої уваги щодо охоплення спеціалізованими профілактичними програмами.

Показник №17. Відсоток жінок та чоловіків 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

Відсоток жінок та чоловіків віком від 15 до 49 років, у яких було більше одного статевого партнера протягом останніх 12 місяців та які підтверджують використання презерватива під час останнього статевого акту, становив у 2007 році **72%**.⁶⁶ Ці дані були отримані в рамках того ж самого поведінкового дослідження (показник 16).

Причому, серед жінок використання презерватива з останнім статевим партнером підтвердили 61%, а серед чоловіків значно більше – 75% респондентів.

Спостерігається суттєва різниця у значеннях цього показника в різних вікових групах. Серед молоді віком 15-19 років під час останнього статевого акту про використання презервативу повідомила найбільша частка респондентів (77%), серед молоді віком 20-24 роки найменша – 64%, у віці 25-49 років – 72%.

Значення даного показника є досить високим, проте, все ще відображає невідповідний рівень використання презервативів серед дорослих. Потрібні додаткові дослідження для визначення причин недостатнього рівня використання презервативів.

◆ Безпечна поведінка серед груп найвищого ризику

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на початковому етапі розвивалася за рахунок гетеросексуального шляху передачі, а з 1995 року – за рахунок стрімкого поширення ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків, що обумовлює необхідність регулярного поведінкового моніторингу серед СІН стосовно безпечного вживання наркотиків. З кінця 90-х років починає зростати питома вага випадків передачі ВІЛ статевим шляхом, передусім через сексуальних партнерів – споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок, які надають сексуальні послуги за плату. Проте, останні дані про збільшення кількості заражень гетеросексуальним шляхом, очевидно, дозволяють припускати про досить велику частку передачі ВІЛ серед ЧСЧ. Тому моніторинг безпечних поведінкових практик у цих уразливих групах населення становить особливий інтерес.

Показник №18. Відсоток опитаних осіб, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату і повідомили про використання презервативу під час статевого акту з останнім клієнтом

Відсоток опитаних осіб, які протягом останніх 12 місяців надавали сексуальні послуги за плату і повідомили про використання презервативів під час статевого акту з останнім

⁶⁶ Загальнонаціональне репрезентативне опитування населення України віком 15-49 років включно проведене Київським міжнародним інститутом соціології та Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Дослідження проведене за період з 15 по 26 вересня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 2200 осіб

клієнтом у 2007 році становив **86%**.⁶⁷ Для порівняння, за даними 2004 року цей показник становив 80%⁶⁸.

За віковими ознаками відмінностей у значенні цього показника практично не спостерігається: серед жінок віком до 25 років – 86%, серед жінок віком 25 років і старші – 87%.

Важливо також відзначити, що протягом останніх 12 місяців 49% респондентів повідомили про те що, вони завжди використовували презерватив під час будь-яких видів сексуальних контактів з клієнтами, включаючи як оральний, так і вагінальний контакти. Найчастіше респонденти використовують презервативи при вагінальних контактах з клієнтами – 66% завжди використовують презерватив.

Отримані в опитуванні дані свідчать про поширення серед жінок, які надають сексуальні послуги за плату, практики використання презервативів з останнім клієнтом, водночас, в середньому рівень використання презервативів на постійній основі (з усіма без виключення клієнтами) залишається недостатнім. Отже, серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, все ще досить поширеною є практика небезпечної сексуальної поведінки.

Однак слід зазначити, що використання методу «снігової кулі» для залучення представниць цільової групи до участі в опитуванні, не дозволяє поширювати результат на всю сукупність жінок, які надають сексуальні послуги за плату. Як правило, на контакт ідуть ті жінки, які вже мають досвід користування профілактичними програмами. Отже можна припустити, що вибіркова сукупність має зміщення до групи, яка охоплена профілактичними програмами різноманітних громадських організацій та позитивно ставиться до контактів із надавачами послуг. При плануванні поведінкових досліджень у цій групі в майбутньому слід звернути увагу на вказані недоліки і використовувати інші методи побудови вибірки та досяжності респондентів, наприклад, TLS (місцева та часова вибірка) або RDS (вибірка, що формується та спрямовується респондентами).

Показник №19. Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього статевого акту із партнером-чоловіком

Відсоток чоловіків, які використовували презерватив під час останнього статевого акту із партнером-чоловіком у 2007 році мав значення **39%**.⁶⁹

Проведене серед ЧСЧ дослідження в 10 регіонах України показало, що 94% опитаних чоловіків, які практикують секс із чоловіками, мали анальні сексуальні контакти протягом останніх 6 місяців.

⁶⁷ Дослідження «Моніторинг поведінки жінок, які надають сексуальні послуги за плату» проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID|Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, у 12 регіонах України: АР Крим, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Сумська, Харківська, Херсонська, Черкаська області та м. Київ у період з 8 червня по 15 серпня 2007 року. Загальна кількість опитаних становить 1602 респондентів від 15 років та старші. Метод проведення опитування: індивідуальне інтерв'ю «віч-на-віч». Рекрутинг респондентів здійснювався через ключових інформантів за методом «снігової кулі»

⁶⁸ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К. , 2006. – 78 с

⁶⁹ Дослідження «Моніторинг поведінки чоловіків, які мають секс з чоловіками як компонент епідаглюда за ВІЛ другого покоління» проведено за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID|Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка. Дослідження проводилось у 10 регіонах України: Дніпропетровська, Донецька, Івано-Франківська, Луганська, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Черкаська області, АР Крим та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 1764 чоловіків, які мають секс із чоловіками. Метод проведення опитування – індивідуальне інтерв'ю «віч-на-віч». Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою RDS (Respondent Driven Sampling) – вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами. Метод проведення опитування – індивідуальне інтерв'ю «віч-на-віч».

У 2004⁷⁰ році значення цього показника становило 55%. Порівняння даних 2004 та 2007 року не є коректним через принципово різні методики відбору респондентів. Дане дослідження проводилося за методом RDS.

Дані дослідження свідчать про відсутність різниці у значенні цього показника за віковими ознаками – серед чоловіків віком до 25 років значення показника становить 39%, а серед 25-річних та старших – 38%.

Серед тих чоловіків, які протягом останніх 6 місяців мали статеві контакти з жінками, 53% респондентів завжди використовували презерватив під час останнього контакту з жінкою.

Отримані дані ставлять під сумнів надійність даного показника для відображення частоти безпечної поведінки серед ЧСЧ. Оскільки показник відображає використання презервативу лише під час останнього статевого контакту з партнером-чоловіком. Водночас цей показник не відображає використання презервативу з регулярними та випадковими партнерами. Разом з цим, показник підкреслює необхідність активізації профілактичних втручань, посилення їх ефективності та ширшого охоплення ЧСЧ.

Показник №20. 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 2007 році становив **55%**⁷¹

Порівняно з даними 2004 року 34%⁷², цей показник відображає значне покращення ситуації щодо використання презервативів серед СІН. Проте, беручи до уваги той факт, що використання презервативів серед цієї цільової групи є одним з індикаторів впливу на статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції, значення цього показника демонструє все ще недостатній рівень використання презервативів серед СІН.

Розрахунок цього показника окремо для жінок та чоловіків не виявив суттєвої різниці у поведінці СІН різних статей: серед жінок 56% використовували презерватив під час останнього статевого акту, а серед чоловіків – 55% респондентів.

Разом з тим, спостерігається суттєва різниця у значеннях показника, розрахованого для різних вікових груп. Серед СІН віком до 25 років під час останнього статевого акту презерватив використовувала більша частка респондентів (62%), ніж серед СІН віком 25 років і старших (52%).

Отримані результати свідчать, що статевий шлях передачі ВІЛ серед СІН та їхніх сексуальних партнерів є одним із найбільш серйозних факторів ризику, який робить значний внесок у статевий шлях передачі ВІЛ в Україні.

⁷⁰ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006. – 78 с

⁷¹ Дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків», проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, у 14 регіонах України: АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 4140 споживачів ін'єкційних наркотиків. Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою RDS (Respondents Driven Sampling) – вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами

⁷² Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

Показник №21. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції

Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), які повідомили про використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції, у 2007 році становив **84%**.⁷³

Ці дані отримані за допомогою того ж самого дослідження серед СІН. Суттєвих відмінностей між жінками та чоловіками, а також між віковими групами СІН (до 25 років та 25 років і старші), немає. Серед жінок під час останньої ін'єкції користувались стерильним інструментарієм 81%, серед чоловіків – 85%. Між віковими групами різниця ще менш значуща: 83% та 84%, відповідно.

Аналогічний показник у 2004 році дорівнював 50%⁷⁴, але безпосереднє порівняння з даними 2007 року неможливе через зміну методики розрахунку показника.

Як і у випадку інших показників, що підраховувалися стосовно груп найвищого ризику, ці результати викликають сумнів з приводу надійності відображення частоти безпечної ін'єкційної поведінки серед СІН.

Оскільки даний показник стосується використання стерильного інструментарію лише під час останньої ін'єкції, то він не характеризує регулярність використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час кожної ін'єкції серед цієї групи. Додаткові дані цього дослідження показали, що лише 75% опитаних СІН повідомили про використання стерильного інструментарію за останній місяць. Той факт, що 60% СІН вводили наркотики, використовуючи вже заправлені шприци, викликає ще більше занепокоєння. Різниця між цими даними показує, що ризиковані практики продовжують існувати в середовищі СІН. Тому існує нагальна потреба в активізації охоплення цієї групи якісними програмами зменшення шкоди та розширенні програм замісної терапії.

Крім цього, отримані результати показали обмежену можливість сучасних дослідницьких підходів у визначенні факторів, що є рушійною силою подальшого поширення ВІЛ серед СІН.

Показник №26: Відсоток військовослужбовців, які повідомили про користування презервативами під час статевих контактів із непостійними партнерами

Відсоток військовослужбовців, які повідомили про користування презервативами під час статевих контактів із непостійними партнерами, у 2007 році дорівнював **73%**.⁷⁵

За даними опитування 42% військовослужбовців повідомили про сексуальний контакт з непостійним сексуальним партнером за останні 12 місяців: серед чоловіків 45%, серед

⁷³ Дослідження «Моніторинг поведінки споживачів ін'єкційних наркотиків», проведено Українським інститутом соціальних досліджень ім. О. Яременка за фінансової підтримки Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я та МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, у 14 регіонах України: АР Крим, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Одеській, Полтавській, Сумській, Харківській, Херсонській, Черкаській областях та м. Київ, у період з 8 червня по 15 серпня 2007 р. Загальна кількість опитаних складає 4140 споживачів ін'єкційних наркотиків. Реалізація вибіркової сукупності здійснювалася за методикою RDS (Respondents Driven Sampling) – вибірка, що направляється та реалізується самими респондентами.

⁷⁴ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

⁷⁵ Дослідження «Моніторинг поведінки військовослужбовців як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління» провів Центр соціальних та політичних досліджень «СОЦІС» за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним Фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією та Ф'ючерс Груп Інтернешнл, проект USAID/Визначення політики з питань здоров'я. Опитування проводилося в 27 військових частинах і в чотирьох військових навчальних закладах в таких регіонах: Захід – Львівська та Закарпатська області; Схід – Дніпропетровська область та м. Харків; Південь – Одеська, Миколаївська області та АР Крим; Центр – Житомирська, Чернігівська області та м. Київ. Вибірка дослідження склала 2683 особи. Опитування проводилось в травні 2007 р.

жінок – 8%. Цей показник є найвищим серед солдатів та сержантів строкової служби – 60%. Найменше випадкових зв'язків було у військовослужбовців контрактної служби – 31%. Третина офіцерів (33,0%) також зазначили, що мали непостійних сексуальних партнерів. Беручи до уваги, що більшість офіцерів одружені і проживають разом зі своїми родинами, 33% можна назвати досить високим показником ризикованої щодо інфікування ВІЛ поведінки. Не всі військовослужбовці, які відповіли на запитання про наявність непостійних партнерів ствердно, погодилися відповідати на запитання про їхню кількість та використання презервативів під час останнього статевого контакту.

Варто відзначити, що відсоток тих, хто повідомив про використання презервативу під час останнього статевого акту з непостійним партнером, вищий серед тих, хто користувався послугами комерційних партнерів (86%), ніж серед тих, хто назвав своїх партнерів «випадковими» (74%).

Таблиця № 9. Відсоток військовослужбовців, які повідомили про користування презервативами під час статевих контактів із непостійними партнерами

	Офіцери N=246	Військово- службовці строкової служби N=356	Військово- службовці контракт- ної служби N=177	Курсан- ти N=91	Загалом N=870
Чи були у вас за останні 12 місяців статеві контакти з нерегулярною/ним партнеркою/ром?	33.0	59.8	31.1	56.8	41.9
Чи використовували ви презерватив під час останнього статевого контакту з непостійною/ним партнеркою/ром?	67.0	80.0	68.0	73.0	73.0
Відсоток військовослужбовців, які повідомили про використання презервативів під час статевих контактів із непостійними партнерами	67.0	80.2	67.7	72.4	73.0
Відсоток військовослужбовців, які повідомили про використання презервативів під час статевих контактів із <u>випадковими</u> партнерами	66.1	80.9	69.2	74.7	73.6
Відсоток військовослужбовців, які повідомили про використання презервативів під час статевих контактів із <u>комерційними</u> партнерами	91.9	92.0	72.9	77.1	86.4

Дані дослідження дозволяють зробити висновок, що найменш ризикована поведінка притаманна військовослужбовцям строкової служби, адже серед них 80% користувалися презервативами при останньому контакті із непостійним партнером. Найбільш ризикована поведінка спостерігається у військовослужбовців контрактної служби та офіцерів.

Порівняно з 2004 роком,⁷⁶ показник у 2007 році є нижчим. Показник вищий тільки для тих, хто користувався послугами комерційних партнерів. Наприклад, 86% військовослужбовців, які користувалися послугами комерційних партнерів, вказали, що використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з цими партнерами. Варто також відзначити, що в 2007 році частка військовослужбовців, які мали контакти з непостійними партнерами, за останній рік також зменшилася – 42% порівняно із 60% у 2004 р.

⁷⁶ Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД. Україна. Звітний період: січень 2003 р. – грудень 2005 р. К., 2006.

КРАЩИЙ ДОСВІД

Одним з найважливіших видів стратегічної інформації щодо національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу є системне розуміння того, які стратегії, програми та підходи є ефективними та можуть розповсюджуватися в подальшому. Для отримання такої стратегічної інформації необхідно використовувати комплексний підхід та чітку методологію вимірювання переваг та якості програм, політик чи стратегій. Ситуація з епідемією ВІЛ/СНІДу продовжує погіршуватись, проте, документально зареєстровано, на жаль, лише кілька беззаперечно ефективних практичних заходів, які мають значний вплив на перебіг епідемії. Діяльність у сфері моніторингу та оцінки в країні здебільшого спрямована на моніторинг програм та заходів. Офіційній оцінці важливості та ефективності певних стратегій чи заходів приділялося дуже мало уваги, або не приділялось взагалі. В Україні не існує офіційних критеріїв для оцінювання кращого досвіду, і до цього часу міжнародні партнери технічної допомоги, такі як ЮНЕЙДС, в рамках технічної допомоги здійснювали лише періодичні спроби визначити кращі практики в Україні.

Наприкінці 2007 року Україна вперше провела таку всебічну комплексну зовнішню оцінку національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу. Оцінка проводилася групою, що налічувала більше тридцяти зовнішніх експертів. Вони розглянули понад сто двадцять технічних питань у восьми програмних областях. Оскільки на момент завершення цього звіту остаточні офіційні результати оцінки ще не були оприлюднені, нижче пропонуємо короткий опис деяких кращих базових підходів, визначених групою, яка здійснювала зовнішню оцінку. На думку групи зовнішніх експертів, ці стратегії, програми та підходи заслуговують на більш пильну увагу, і їх, можливо, слід розширювати та надалі використовувати як приклади «найкращого досвіду» як в Україні, так і в інших країнах, де це доречно.

А) Політичне лідерство та відповідальність Глави держави

Серйозність епідемії ВІЛ/СНІД часто загострюється через відсутність політичного лідерства. Як відзначив колишній Генеральний секретар ООН Кофі Аннан, «СНІД є найбільшим викликом для лідерів нашого часу».

У відповідь на цей виклик Президент України Віктор Ющенко приділяє серйозну увагу епідемії ВІЛ/СНІД в Україні та демонструє відданість справі боротьби з ВІЛ. Нещодавно, у грудні 2007 року Президент України скликав безпрецедентну національну нараду для представників урядових, неурядових та міжнародних організацій, які опікуються проблемами ВІЛ/СНІДу в Україні. На зустрічі він відверто та критично визнав існування потенційно негативних наслідків епідемії ВІЛ/СНІД для соціально-економічної та демографічної стабільності України. Зокрема, він поставив завдання передбачити у державному бюджеті витрати, необхідні для забезпечення послугами з профілактики, лікування, догляду та підтримки всіх, хто цього потребує.

Президент України дав доручення Урядові України розробити та затвердити нову Національну програму з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009-2013 роки. Враховуючи значні перепони, які доводиться долати Уряду, Президент зробив досить помірковані висновки. Втім, такий рівень уваги та політичної відданості Глави держави є необхідним для того, щоб підтримати розробку нової Національної програми зі СНІДу, яка передбачатиме здійснення більш ефективних національних заходів з протидії епідемії. Такий рівень політичного лідерства є прикладом найкращого досвіду, який слід поширити на всі рівні суспільства, включаючи Верховну Раду України, Кабінет Міністрів України, а також регіональних лідерів урядових установ та громадських організацій.

Б) Лідерство та надання послуг громадянським суспільством

Однією із сильних сторін відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, особливо за звітний період, є зростаюче лідерство, адвокація та професійна спроможність неурядових організацій в Україні, включаючи, зокрема, організації людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» – найбільша організація, яка працює у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні, а також Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, продемонстрували винятковий потенціал та професіоналізм як національні партнери, здатні ефективно впроваджувати великі та комплексні програми з ВІЛ/СНІДу. Важливим визнанням цього потенціалу стало рішення Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією надати Україні грант в рамках 6-го раунду фінансування (на суму майже 151 мільйон доларів США), який на цей час впроваджується «Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні» та Всеукраїнською мережею ЛЖВ як основними ко-реципієнтами. Діяльність Всеукраїнської мережі ЛЖВ також нещодавно була відзначена ЮНЕЙДС, як приклад найкращої практики у тематичному дослідженні «Національна відповідь неурядової організації на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу». Крім того, українські організації громадянського суспільства провели успішну роботу на національному рівні, домагаючись, щоб Уряд України підтримав впровадження замісної терапії, в т. ч. із застосуванням метадону, як ефективного та доведеного методу профілактики ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Визнаючи важливість внесків громадянського суспільства у національну відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, Уряд України залучив організації громадянського суспільства до складу Національної та регіональних координаційних рад з питань протидії ВІЛ/СНІДу, передбачивши при цьому, що посади заступника голови в цих структурах має обіймати людина, яка живе з ВІЛ. Представники громадянського суспільства є також ключовими партнерами у розробці та впровадженні важливих компонентів діючої та наступної Національних програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу. Понад 100 організацій громадянського суспільства України є також лідерами в управлінні та впровадженні послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ-інфекцією/СНІДом на місцевому рівні. Залучення представників громадянського суспільства до зустрічей, проведених Президентом України у грудні 2007 року, є ще одним доказом визнання їхньої важливої ролі у національній відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу.

В) Профілактика: Національна програма профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини

Національна програма профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини є єдиною профілактичною програмою в Україні, що досягла майже повного охоплення профілактичними заходами цільової групи. Як зазначено у Розділі 4, починаючи з 2003 року рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок в Україні постійно перевищував 95%. Це означає, що епідеміологічний нагляд за поширенням ВІЛ серед вагітних жінок є найбільш розвиненим серед будь-якої іншої групи населення України в цілому. Оскільки кількість та відсоток жінок, у яких діагностують під час вагітності ВІЛ, постійно збільшується, їх охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням зросло з 9% у 1999 році до 92,5% у 2007 році. Ця програма є прикладом найбільш швидкого зростання та широкомасштабного охоплення порівняно з будь-якими іншими профілактичними заходами в Україні. Навіть практика двічі тестувати кожну вагітну жінку впродовж вагітності (яку раніше критикували за неефективне використання коштів), нещодавно допомогла виявити невелику, але схильну до зростання кількість вагітних жінок, у яких сероконверсія ВІЛ відбувалась між першим та другим тестом. Це дозволило багатьом з цих жінок, яких

в іншому випадку система допологового епіднадзора за ВІЛ могла б пропустити, вчасно отримати АРВ-профілактику.

Результатом діяльності цієї програми стало суттєве зниження рівня передачі інфекції від матері до дитини з 27,8% у 2001 році до 7,1% у 2007 році, при цьому в деяких регіонах цей показник знизився майже до 4%. У рамках діючої програми постійно застосовувались нові підходи, спрямовані на покращення результатів: закупівля за державні кошти та застосування експрес-тестів і невірапіну в усіх пологових будинках України, пілотне впровадження ранньої діагностики ВІЛ-інфекції серед новонароджених за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) ДНК, нещодавнє впровадження АРТ, як оптимального режиму для профілактики вертикальної трансмісії. Багато ще потрібно зробити для зниження рівня вертикальної передачі ВІЛ, щоб досягнути рівня показників інших європейських країн, а також забезпечити рівень загального, довгострокового доступу до лікування для ВІЛ-інфікованих батьків з прогресуючою стадією хвороби. Україна сповнена рішучості забезпечити збереження та подальше посилення системи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, як національної моделі кращого досвіду у сфері профілактики ВІЛ-інфекції.

Г) Профілактика: високий рівень охоплення та інтенсивність програм зменшення шкоди

Оскільки епідемія в Україні все ще сконцентрована серед груп найвищого ризику, а її головною рушійною силою є споживання ін'єкційних наркотиків, програми зменшення шкоди є найважливішим компонентом заходів з профілактики ВІЛ. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» визначає, що держава гарантує «профілактику ВІЛ серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, зокрема, забезпечує умови для обміну використаних шприців та голок для ін'єкцій на стерильні». Втім, щоб визначити ефективність програми зменшення шкоди, слід зібрати докази того, що програма забезпечує регулярний доступ до мінімального пакету послуг з профілактики та підтримки для значної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків. Рівень охоплення вважається високим, коли понад 50% споживачів ін'єкційних наркотиків охоплено однією чи кількома профілактичними програмами. Інтенсивність охоплення відображає кількість чи відсоток клієнтів, що отримують послугу за певний проміжок часу, в ідеалі – за один місяць.

З огляду на ці критерії, всебічна оцінка охоплення та ефективності програм зменшення шкоди на певних ділянках в Україні не проводилась. Проте один заклад у Сумах був відзначений ЮНЕЙДС, як приклад кращого досвіду в тематичному дослідженні «Профілактика ВІЛ на ділянках з високим рівнем охоплення профілактикою ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків у країнах з перехідною економікою та країнах, що розвиваються».

Програма зменшення шкоди, яка координується МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та впроваджується партнерськими громадськими організаціями на місцевому рівні за фінансової підтримки ГФСТМ, відзначає кілька ділянок, на яких документально підтверджений широкий рівень охоплення з високою інтенсивністю реалізацій програм зменшення шкоди. На цих та інших ділянках програми зменшення шкоди пропонують розширений пакет послуг, які включають ДКТ на ВІЛ, у тому числі й з використанням експрес-тестів, видачу презервативів, лікування ІПСШ, направлення до соціальних служб та доступ до замісної терапії (на деяких ділянках). Розширений пакет послуг мотивує клієнтів частіше відвідувати ці ділянки. Крім того, на цих ділянках отримані певні дані, які доводять, що постійні клієнти програм зменшення шкоди практикують більш безпечну поведінку, ніж нові клієнти, які вперше відвідують програму. В свою чергу, це є доказом того, що ці програми мають вплив на формування та збереження поведінки, яка запобігає поширенню ВІЛ-інфекції.

Д) Моніторинг охоплення послугами та використання їх клієнтами

Одним із ключових недоліків систем МіО специфічних програм чи проектів в усьому світі є неспроможність визначити скільки клієнтів охоплено і якими саме послугами. Дані часто обмежені лише фіксуванням кількості відвідувань клієнтами проекту. Водночас, щоб провести моніторинг дійсного охоплення програмами, важливо мати достовірні дані про те, який відсоток представників цільової групи користується послугами та яка частота відвідування. З метою усунення цього недоліку, у 2005 році МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» запровадив власну комп'ютерну програму для моніторингу охоплення та користування послугами, що називається «Сайрекс». Окрім реєстрації кількості візитів клієнтів, «Сайрекс» використовує особистий ідентифікаційний код для ведення записів індивідуальних співбесід з усіма клієнтами, не вимагаючи від них конфіденційної особистої інформації. Наразі «Сайрекс» використовують понад 70 субреципієнтів «Міжнародного Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні» по всій країні, що дозволяє реєструвати клієнтів та звітувати про кількість тих, хто скористався послугами за певний період часу. «Сайрекс» також допомагає «Міжнародному Альянсу з ВІЛ/СНІД в Україні» у підготовці звітів по регіонах чи цільових групах з метою моніторингу охоплення та інтенсивності користування послугами на національному рівні, у порівнянні між регіонами чи між окремими надавачами послуг).

Наразі проходить апробацію друга версія «Сайрексу», яка незабаром буде доступною для вільного широкого користування. Нова версія є більш зручною для користувачів та надає можливість створювати різні варіанти звітів, які можна пристосувати до потреб організацій, що її використовують. Як і дані поведінкових досліджень, дані отримані за допомогою програми «Сайрекс» свідчать про те, що поточне охоплення все ще занижене для суттєвого впливу на епідемію ВІЛ-інфекції серед СІН на національному рівні. Дані програми «Сайрекс» також використовують для покращення планування заходів, спрямованих на усунення цього недоліку та мобілізації додаткових ресурсів задля забезпечення більш широкого охоплення цільових груп профілактичними програмами та підвищення частоти користування послугами.

Е) Оцінка чисельності груп ризику

Для моніторингу охоплення послугами важливо мати достовірні дані про розмір цільових груп. Що стосується груп підвищеного ризику, то таких даних в офіційних статистичних джерелах не існує. У 2005 році національні партнери розробили процедури для оцінки розміру цих груп із використанням рекомендованих міжнародних методів. Були проведені оцінки розміру груп СІН, робітників комерційного сексу, чоловіків, які займаються сексом із чоловіками, із визначенням верхнього та нижнього граничних значень діапазонів. Ці оцінки були з часом ухвалені Міністерством охорони здоров'я України, а їх результати використані для розробки нових оцінок поширення ВІЛ/СНІДу в Україні та для моніторингу охоплення цільових груп профілактичними програмами. Отримані дані були також використані національними партнерами для визначення потреб у розширенні програм та забезпеченні необхідними товарами.

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ВІДПОВІДНІ ДІЇ

А) Прогрес, досягнутий у вирішенні ключових проблем, зазначених у Звіті країни з виконання положень ССГАООН за 2006 рік

За звітний період 2006-2007 років в Україні намітився прогрес у реалізації багатьох завдань та досягненні цілей, зазначених у Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом ССГАООН. Втім, за рядом ключових напрямків поточні досягнення досі не забезпечують виконання цілей та завдань ССГАООН. У звіті України про виконання положень ССГАООН за 2006 рік визначено три основні проблеми. На час подачі попереднього звіту Україна досягла мети лише за третім показником. На кінець 2007 року Україна все ще далеко від досягнення цілей забезпечення обізнаності серед молоді та скорочення поширеності ВІЛ серед загального населення та груп високого ризику.

I. Обізнаність серед молоді щодо ВІЛ/СНІДу

- (цілі: 90% до 2005 року; 95% до 2010 року)

Згідно з останніми даними, за національним показником «Відсоток молоді віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання передачі ВІЛ статевим шляхом та відкидають більшість неправильних уявлень щодо передачі ВІЛ», 40% молоді правильно визначають шляхи запобігання передачі ВІЛ-інфекції статевим шляхом та знають, як вона не передається. Хоча це є суттєвим покращенням порівняно з 14% у 2006 році, проте ця зміна, можливо, відображає водночас високий рівень знань про ВІЛ серед молодих людей та зміни у методології дослідження. Значення показника все ще далеке від цілі, поставленої ССГАООН на 2010 рік. Якщо Україна не запровадить систематичну, національного масштабу кампанію з інформування та освіти, спрямовану на зміну рівня знань та поведінки молоді, то ціль – 95% правильних відповідей – не буде досягнута до 2010 року. Також невідомо, яким чином високий рівень обізнаності серед молодих людей вплине на безпечну поведінку представників цієї групи.

II. Поширеність ВІЛ серед молоді та в групах високого ризику

- (ціль: зменшення до 25% серед молоді у найбільш уражених країнах до 2005 року; зменшення до 25% серед молоді на світовому рівні до 2010 року)

У цьому звіті Україна не подає даних за показником поширеності ВІЛ-інфекції серед молоді, у зв'язку з відсутністю даних у розбивці за віком серед всього населення, яке охоплено тестуванням на ВІЛ. Втім, враховуючи сучасні тенденції, існує небагато підстав для оптимізму щодо того, що Україна зможе зменшити поширеність ВІЛ-інфекції серед молоді до 2010 року. В той час як загальна поширеність ВІЛ-інфекції серед молоді в Україні залишається низькою, сучасні тенденції вказують на те, що поширеність ВІЛ-інфекції серед населення в цілому, в тому числі, серед молоді віком 15-14 років, збільшується. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію – кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, виявлених протягом календарного року, – продовжує зростати рекордними темпами. Збільшення охоплення антиретровірусною терапією призводитиме до подальшого зростання поширеності

ВІЛ, оскільки знижуватиметься рівень смертності серед ЛЖВ, які отримують антиретровірусну терапію. Уряд України у партнерстві з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерством освіти і науки України та іншими національними партнерами мають спрямовувати зусилля на подолання наслідків невиконання даної цілі до 2010 року, а також передбачити додаткові заходи, спрямовані на досягнення Цілей розвитку тисячоліття щодо зупинення поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та повернення епідемії у зворотному напрямку до 2015 року.

Цей звіт включає дані щодо показників поширеності ВІЛ серед груп високого ризику, включаючи споживачів ін'єкційних наркотиків, робітників комерційного сексу та чоловіків, які мають секс із чоловіками. Відповідно до даних дозорного епіднагляду серед зазначених груп населення, поширеність ВІЛ-інфекції є різною, але тривожно високою. Серед споживачів ін'єкційних наркотиків, поширеність ВІЛ коливалась від 11,6% до 59% у 2004 році (медіана дорівнює 32%, N=8) від 9,6% до 66,4% у 2005 році (медіана – 26,9%, N=12) та від 18% до 62,8% у 2006 році (медіана становила 41,8%, N=12). В той час як деякі дані свідчать про можливі ознаки стабілізації поширеності ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків у окремих регіонах України, загальні тенденції вказують на подальше зростання поширеності ВІЛ-інфекції серед цієї групи населення.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед робітників комерційного сексу також регулярно досліджувалася за допомогою дозорних досліджень. За даними дозорного епіднагляду, проведеного протягом останніх трьох років, поширеність ВІЛ серед жінок комерційного сексу коливалась від 9,8% до 31,4% у 2004 році (медіана дорівнює 18%, N=7), від 8% до 32% у 2005 році (медіана становила 23,5%, N=9) та від 4% до 31% у 2006 році (медіана була 13,3%, N=9). В той час як останні дані за 2006 рік вказують на невелике зниження рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед жінок комерційного сексу, ці дані можуть бути результатом змін у вибірці, та, відповідно, дають мало підстав для оптимізму щодо того, що загальна поширеність ВІЛ серед жінок комерційного сексу насправді зменшується.

Тенденція, що викликає найбільше занепокоєння, спостерігається серед чоловіків, які мають секс із чоловіками. У 2007 році 48 випадків ВІЛ-інфекцій були офіційно зареєстровані серед чоловіків, які мають секс з чоловіками. Це становить більше третини із 158 випадків, офіційно зареєстрованих у цій групі осіб з 1987 року. За результатами дозорного епіднагляду у вибраних регіонах у 2007 році рівень поширеності ВІЛ-інфекції в цій групі коливався від 4,4% у столиці країни Києві до 23,2% у місті Одеса (медіана 9%, N=4).

Для того, щоб зупинити поширення ВІЛ-інфекції серед цих груп населення, необхідно терміново посилити інтенсивність програм профілактики та охоплення ними цих та інших груп високого ризику по всій Україні. Так само, необхідними є політична відданість, програми та збільшення ресурсів не лише для забезпечення того, щоб ВІЛ-інфекція не уразила теперішнє покоління молодих людей (багато з яких вже наражаються на високий ризик ВІЛ-інфікування), але й для повернення у зворотному напрямку невисоких на сьогодні темпів поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення.

III. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини

- (ціль: зменшення до 20% до 2005 року; зменшення на 50% до 2010 року)

На час подання попереднього звіту України, було досягнуто лише цілі ССГАООН за третім показником – зменшення рівня вертикальної трансмісії ВІЛ. Незважаючи на досягнення, це не стало причиною для самозаспокоєння в Україні. Як описано у розділі про кращі практики, прогрес у подальшому зниженні рівня вертикальної передачі ВІЛ тривав

протягом останніх трьох років. Діюча Національна програма з профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини в Україні має на меті зменшення рівня передачі до 5% до кінця 2008 року. У світлі нещодавнього впровадження Міністерством охорони здоров'я АРТ, як оптимальної схеми для профілактики вертикальної трансмісії, є надія, що до 2010 Україна скоротить рівень передачі ВІЛ від матері до дитини до 2%.

Б) Проблеми, що виникли протягом звітнього періоду (2006-2007рр.) і заважали національній відповіді, загалом, та у досягненні цілей ССГАООН, зокрема

Національні заходи з протидії епідемії зіткнулися з кількома проблемами у 2006-2007 роках. Можливо, найбільш серйозними з них були періоди політичних перипетій в Україні, які спричиняли постійні зміни урядовців вищої ланки, відповідальних за протидію ВІЛ/СНІДу, та нечасті засідання Національної ради з питань ВІЛ/СНІДу, координаційного органу з питань СНІДу в Україні.

Іншою проблемою, що стала на заваді національній відповіді, була незадовільна робота проекту «Контроль над туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні», що реалізується Міністерством охорони здоров'я України та фінансується в рамках позики Світового Банку. Станом на квітень 2006 року лише 1,9 мільйона доларів США, або 2,7% від 60 мільйонної позики, було витрачено урядом, що призвело до тимчасового призупинення позики. Оскільки Світовий Банк відновив дію позики наприкінці 2006 року, понад 22 мільйони доларів США, або 38% позики були успішно витрачені до кінця 2007 року.

Ще однією проблемою національної відповіді на епідемію було повільне впровадження замісної терапії, яка необхідна для збільшення ефективності програм зменшення шкоди серед споживачів ін'єкційних наркотиків. У цьому періоді в Україні виник ряд перепон, пов'язаних з ввезенням, нормативним врегулюванням використання препарату «Метадон» для замісної терапії. Широка коаліція національних, міжнародних урядових та неурядових організацій була залучена до лобювання питань щодо впровадження метадону та швидкого збільшення обсягів замісної терапії. Втім, це питання було вирішене лише у грудні 2007 року, коли Президент України зобов'язав уряд вжити нагальних невідкладних заходів для розв'язання цієї проблеми.

Декларація Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН також визначає потребу в необхідності гарантування профілактичних програм, спрямованих на зменшення поширеності ВІЛ серед груп ризику, які визначені на національному рівні та серед яких рівень поширення ВІЛ є високим або зростає. До інших груп населення, яких останніми роками все сильніше уражає епідемія, належать засуджені та особи, які перебувають під слідством. Незважаючи на те, що засуджені не виокремлюються як група ризику, існують дані, які свідчать про досить високий рівень ризикової поведінки серед них. Дані, наведені в цьому звіті, свідчать про охоплення профілактичними послугами лише 8% засуджених серед опитаних у 2007 році. Державний департамент України з питань виконання покарань не отримує прямого фінансування для реалізації заходів програм профілактики, лікування та догляду в межах чинної Національної програми. Дані рутинного сероепідеміологічного моніторингу свідчать, що у 2006 році серед засуджених, які пройшли тестування на ВІЛ, 14% отримали позитивний результат на ВІЛ, що в кілька разів перевищує відповідний показник серед загального населення. Дані епідеміологічного моніторингу підтверджують необхідність віднесення засуджених до групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, яка потребує додаткової уваги, ресурсів та підтримки.

Останньою ключовою проблемою, яка перешкоджає національній відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, стала відсутність відповідного фінансування для збільшення обсягів та підтримки профілактичних програм та заходів. Хоча протягом останніх років відбулося суттєве збільшення державного фінансування Національної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, загальні потреби у його збільшенні досі перевищують наявні ресурси. Для розв'язання цієї проблеми Уряд України послідовно та істотно збільшував бюджетні витрати на реалізацію зазначеної Програми. Сума, яка щорічно виділяється з Державного бюджету, збільшується: з 86,6 млн. гривень у 2005 році до понад 142,1 млн. гривень у 2006 році. Ці зростаючі ресурси доповнюються значним внеском від Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, який зобов'язався виділити Україні до 250 мільйонів доларів США впродовж восьми років, з урахуванням фінансування в рамках першого раунду (понад 99 мільйонів доларів США) та шостого раунду (151 мільйон доларів США), а також значними внесками від інших міжнародних та двосторонніх донорів.

В) Конкретні дії, що плануються для забезпечення досягнення узгоджених цілей ССГАООН

Оскільки у грудні 2007 року було сформовано новий Уряд України, планується, що він розв'яже ці термінові питання у сфері ВІЛ/СНІДу для забезпечення досягнення узгоджених цілей ССГАООН. Певно, найбільш важливим з них є розробка нової Національної програми з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на період 2009-2013 років. Розробка цієї програми дасть можливість посилити національну відповідь та усунути деякі ключові недоліки, включаючи визначені у цьому звіті.

ПІДТРИМКА КРАЇНИ ПАРТНЕРАМИ З РОЗВИТКУ

А) Ключова допомога, отримана з боку партнерів з розвитку для забезпечення досягнення цілей ССґАООН

Успіхи, яких Україна досягла протягом даного звітнього періоду, тісно пов'язані з вагомою підтримкою, яку їй надали партнери з питань розвитку. Кількість цих партнерів та обсяги їх допомоги впродовж звітнього періоду продовжували зростати. Ґрунтуючись на даних, зібраних у 2005-2006 роках для підрахунку показника щодо обсягів та структури національних і міжнародних витрат на діяльність з протидії поширенню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, найбільшими партнерами з розвитку, які підтримують програми та заходи у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні, є:

<i>Назва найбільших донорських агенцій/ партнерів з розвитку</i>	<i>Сума коштів, виділених на боротьбу з ВІЛ/СНІДом (2005-2006 рр.)* (у мільйонах доларів США)</i>
Глобальний Фонд	37,0
АМР США	10,9
Агенції ООН	3,0
Європейська Комісія	1,7
Міжнародний фонд «Відродження» (ІВС Україна)	0,7
Шведська агенція з міжнародного розвитку	0,3
NOVIB (Нідерланди)	0,2
Фонд Елтона Джона	0,2
DFID (Сполучене Королівство)	0,14

* Дані ґрунтуються на інформації про обсяги та структуру національних та міжнародних витрат на діяльність із запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу (Показник №1)

Україна визнає ту значну і дедалі зростаючу допомогу, що їй надають три найбільших міжнародних донори для підтримки національних заходів з протидії ВІЛ/СНІДу. Зокрема, це Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Агентство США з міжнародного розвитку та Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), яка також включає в себе внески її коспонсорів з числа агенцій ООН та Секретаріату ЮНЕЙДС.

Глобальний Фонд залишається найважливішим зовнішнім джерелом фінансування програм з подолання ВІЛ/СНІДу в Україні. Його допомога в 2005-2006 році перевищила 37 мільйонів доларів США (101 мільйон гривень). Очікується, що обсяги цієї допомоги у найближчі роки збільшуватимуться, оскільки фінансування в рамках 6 раунду грантової програми Глобального Фонду також зростає. У найближчі роки підтримка Глобального Фонду залишатиметься єдиним і найбільш суттєвим джерелом фінансування заходів з профілактики, догляду та підтримки для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ та людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом в Україні. Ці заходи є основною складовою національних дій з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні і надзвичайно важливі для досягнення країною цілей ССґАООН.

Друге за обсягами джерело зовнішнього фінансування – Агентство США з міжнародного розвитку (АМР США), яке водночас є найбільшим постачальником двосторонньої підтримки заходів з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Фінансування з боку АМР США в 2005-2006 роках перевищило 10,9 мільйонів доларів США. Впродовж даного звітнього періоду АМР США підтримувало надання послуг з профілактики серед груп підвищеного ризику, в основному в рамках проекту «SUNRISE», який впроваджує «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», а також шляхом реалізації різноманітних навчальних проектів та програм з розвитку потенціалу. У 2007 році АМР США також започаткувало новий п'ятирічний Проект розвитку послуг у зв'язку з ВІЛ/СНІДом в Україні з бюджетом 12 мільйонів доларів США. Очікується, що цей проект забезпечуватиме активну підтримку національних та регіональних заходів з підвищення потенціалу у тісній співпраці з програмою Глобального Фонду в рамках 6 раунду.

Третім найбільшим зовнішнім партнером з розвитку є ЮНЕЙДС, яка також залучає внески інших агенцій ООН, що є її коспонсорами, та Секретаріату ЮНЕЙДС. Протягом звітнього періоду значно зросло представництво та обсяги діяльності агенцій ООН в Україні. Сьогодні ЮНЕЙДС об'єднує зусилля восьми агенцій ООН в Україні, включаючи Міжнародну організацію праці (МОП), Програму розвитку ООН (ПРООН), Фонд народонаселення ООН (ФН ООН), Управління Верховного Комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН), Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Офіс ООН з наркотиків та злочинності (ЮНОДК), Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) та Світовий Банк, Секретаріат ЮНЕЙДС, а також Міжнародну організацію міграції (МОМ). У 2005-2006 роках витрати ООН, включаючи спільні внески коспонсорів ЮНЕЙДС, Секретаріату ЮНЕЙДС та МОМ у справу боротьби з ВІЛ/СНІДом в Україні становили 3 мільйони доларів США. Основна допомога ООН впродовж цього періоду була спрямована на надання технічної допомоги у сфері розробки національної політики та впровадження програм, у тому числі підтримку мобілізації значних ресурсів для національних заходів з протидії епідемії. Очікується, що подальша допомога ЮНЕЙДС буде й надалі тісно пов'язана з розробкою та впровадженням Національної програми і пріоритетами, визначеними Спільною програмою ООН з підтримки заходів з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні на 2007-2010 рр.

У країні також спостерігаються позитивні тенденції зростання посилення підтримки з боку інших двосторонніх донорських структур, зокрема Шведського агентства з міжнародного розвитку (SIDA), Європейської Комісії та Німецького товариства технічного співробітництва (GTZ). Підтримка цих та інших двосторонніх донорів, а також допомога приватних фондів, таких як Міжнародний фонд «Відродження» (ІВС Україна), Фонд Клінтона, Фонд боротьби зі СНІДом Елтона Джона, Фонд «АНТИ-СНІД» Олени Франчук та Фонд Віктора Пінчука, є надзвичайно важливим і цінним внеском для реалізації заходів з протидії СНІДу в Україні.

Сьогодні, коли ситуація з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні продовжує погіршуватися, Уряд України опікується питаннями завершення програм з ВІЛ/СНІДу за підтримки ключових двосторонніх донорських організацій. Так, Міністерство Великобританії у справах міжнародного розвитку (DFID) надало значну допомогу щодо розвитку національного потенціалу у впровадженні «триєдиних принципів» та розширення профілактики і підтримки груп населення найвищого ризику, зокрема таких, як чоловіки, які мають секс із чоловіками. Канадське агентство з міжнародного розвитку (CIDA) також підтримало низку профілактичних програм для молоді, а нещодавно здійснило дуже успішний проект, спрямований на лікування хворих на СНІД дітей.

Уряд України надзвичайно вдячний цим та іншим донорам за їхній величезний внесок у справу боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні.

◆ Б) Дії задля забезпечення досягнення цілей ССГАООН

Тенденції розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні вимагають посиленої уваги і підтримки з боку двосторонніх та багатосторонніх партнерів України. Зважаючи на значні та дедалі зростаючі потреби у сфері профілактики, лікування і догляду, очікується, що Україна потребуватиме подальшої підтримки з боку існуючих партнерів, а також додаткової допомоги від нових багатосторонніх та двосторонніх організацій. Зокрема, обсяги та інтенсивність допомоги слід підвищувати і розширювати з тим, щоб сприяти більш послідовним і масштабним внескам з боку багатосторонніх, міжнародних неурядових організацій, двосторонніх урядових агенцій, фондів, приватних компаній та наукових закладів тощо.

Сучасними пріоритетами багатосторонніх і двосторонніх партнерів України є забезпечення досягнення цілей ССГАООН, включаючи:

- підвищення відповідальності донорів за підтримку національних планів і політик, розроблених за участю всіх зацікавлених сторін, зокрема, громадянського суспільства та інших ключових національних учасників, а також підтримки програм і стратегій, що відповідають національним пріоритетам і програмам, і насамперед – вимогам нової Національної програми боротьби з ВІЛ/СНІДом на 2009-2013 рр., як загальної основи для співпраці;
- посилення підтримки ініціатив з розвитку потенціалу та надання технічної допомоги державним органам на національному та регіональному рівнях з метою стимулювання національного лідерства та участі;
- приведення у відповідність та гармонізація з національними процедурами, системами та циклами;
- перехід від стратегії короткострокових, пілотних проектів до довгострокової програмної діяльності щодо забезпечення допомоги й підтримки;
- збільшення підтримки та технічної допомоги відповідно до вимог і запитів національних партнерів;
- забезпечення особливих потреб і ліквідація прогалин у національних заходах з протидії ВІЛ/СНІДу, які на початку 2008 року будуть визначені пріоритетними в рамках комплексної зовнішньої оцінки національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу ;
- забезпечення послідовної та значущої участі в діяльності донорсько-урядової робочої групи та її тематичної підгрупи з питань ВІЛ/СНІДу та активне представництво в Національній раді з питань ВІЛ/СНІДу.

Ці пріоритети повністю відповідають положенням Паризької декларації щодо підвищення ефективності зовнішньої допомоги, яка була прийнята Урядом України у 2007 році, та відображають рекомендації Глобальної цільової групи з покращення координації у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом серед багатосторонніх інституцій та міжнародних донорів, що були схвалені міжнародними донорськими агенціями.

УМОВИ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ І ОЦІНКИ

За цей звітний період досягнуто значного прогресу в розвитку ключових аспектів моніторингу і оцінки. Проте Україна все ще на порозі створення єдиної національної системи моніторингу та оцінки.

Збір та аналіз даних з моніторингу і оцінки на рівні країни здійснюється, незважаючи на те, що в Україні досі не існує Національного центру моніторингу і оцінки.

Кабінет Міністрів України своїм розпорядженням у 2004 році зобов'язав центральні органи виконавчої влади проводити, починаючи з 2004 року, моніторинг і оцінку ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за національними показниками.

На сьогодні система моніторингу і оцінки в Україні включає широкий спектр компонентів:

- електронна база даних рутинного епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією, що дозволяє оперативно аналізувати зміни в епідемії;
- дозорний епідеміологічний нагляд за поширенням ВІЛ та ІПСШ в окремих групах населення; з 2006 року дозорний нагляд за ІПСШ став невід'ємною частиною системи епідеміологічного нагляду і здійснюється за бюджетні кошти;
- дослідження поведінки представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (СІН, ЖКС, ЧСЧ); у 2007 році вдалося вперше провести зв'язані дозорні епідеміологічні і поведінкові дослідження в рамках методології епіднагляду за ВІЛ другого покоління, рекомендованої ЮНЕЙДС та ВООЗ;
- когортне дослідження в закладах пенітенціарної системи України, спрямоване на вивчення захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції серед засуджених;
- дослідження випадків ранньої сероконверсії та випадків недавнього інфікування ВІЛ як серед загального населення, так і серед групи ризику СІН; таке дослідження дозволить простежити зміни рівня захворюваності та вивчити фактори ризику інфікування ВІЛ на сучасному етапі епідемії;
- операційне дослідження, що проводиться з метою моніторингу ефективності профілактичних програм серед уразливих щодо ВІЛ груп населення.

Основними інституціями, що відповідають за збір даних на національному рівні, є Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України та Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України. Крім того, у процесі збору даних щодо виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД бере участь низка партнерських організацій. Координує цю діяльність Робоча група з моніторингу і оцінки ВІЛ/СНІД в Україні при Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Група з моніторингу і оцінки охоплює представників центральних органів виконавчої влади, міжнародних та двосторонніх організацій, представників громадянського суспільства, включаючи людей, що живуть з ВІЛ. Ця група діє як відкритий форум для всіх представників, залучених до проведення досліджень та здійснення моніторингу та оцінки. Така координація дозволяє більш ефективно планувати заходи щодо збору даних та обміну ними. Одним із завдань цієї групи є розробка та впровадження національного плану з моніторингу і оцінки, з метою забезпечення скоординованих дій щодо планування, збору та розповсюдження технічної підтримки, координації планів та дій, а також розвитку єдиної національної системи моніторингу і оцінки. В засіданнях робочої групи беруть

участь представники центральних органів виконавчої влади, дослідницьких установ, міжнародних та донорських організацій, громадських, правозахисних, релігійних організацій, у тому числі об'єднань людей, які живуть з ВІЛ тощо.

На регіональному рівні до заходів з моніторингу і оцінки залучені регіональні координаційні ради з питань ВІЛ/СНІДу. На базі координаційних рад створені робочі групи з МіО, а в ряді областей створені безпосередньо центри МіО.

На сьогодні в Україні паралельно і одночасно існує кілька механізмів збору даних з МіО, їх аналізу та розповсюдження. Збір даних щодо виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД здійснюється всіма профільними міністерствами, міжнародними та українськими НУО. Регіональні структурні підрозділи профільних міністерств збирають дані щодо виконання програми та передають їх до міністерств. Зібрані міністерствами дані надходять до Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України.

Громадські організації збирають дані в іншому форматі, розробленому міжнародними та донорськими організаціями, які надають гранти. В свою чергу міжнародні та донорські організації представляють результати своєї діяльності у вигляді звітів щодо реалізації проєкту, підтриманої ГФСТМ на широких зустрічах усіх зацікавлених сторін.

Водночас, регіональні координаційні ради також збирають дані для МіО за значно більшою кількістю показників, використовуючи інший формат. Проте, всі ці механізми час-то не скоординовані, що спричиняє дублювання та неузгодженість між даними.

Значна частина діяльності з моніторингу і оцінки реалізовується в межах необхідності зовнішньої звітності, наприклад ССГАООН. Відтак, для подальшого планування національної відповіді політичним лідерам, урядовцям, фахівцям різних галузей не вистачає стратегічної інформації щодо тенденцій розвитку епідемії, необхідних втручань та їх вартості, порівняльної оцінки ефективності різних заходів. Існує гостра потреба в координації потоків, видів, обсягів інформації з моніторингу і оцінки та механізмів її збору на національному, регіональному, відомчому рівнях, а також у покращенні її якості й розробці механізмів контролю.

Все це зумовлює гостру необхідність у розробці та впровадженні національної системи моніторингу і оцінки протидії епідемії ВІЛ-інфекції, яка ґрунтується на міжнародних підходах, проте відповідає потребам і пріоритетам країни.

Для створення ефективної національної системи МіО та подолання існуючих проблем в країні заплановано:

- створення та підтримка повноцінно функціонуючого Національного центру МіО при Комітеті з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України;
- підготовку та запровадження проміжного національного плану моніторингу і оцінки;
- забезпечення використання результатів щойно проведеної комплексної оцінки, а також інших даних, наведених у даному звіті з метою розробки та реалізації нової загальнодержавної програми по боротьбі з ВІЛ/СНІД на 2009-2013 роки.

**КОНСУЛЬТАЦІЙНИЙ ПРОЦЕС/ПІДГОТОВКА НАЦІОНАЛЬНОГО ЗВІТУ
ПРО ХІД РОБОТИ З МОНИТОРИНГУ ВИКОНАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ
ПРО ВІДДАНІСТЬ СПРАВИ БОРЬБИ З ВІЛ/СНІДОМ**

1)	Які заклади/структури були відповідальними за заповнення форм для різних показників?		
	Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу	Так	
	Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам	Так	
	Український центр профілактики і боротьби зі СНІДОМ МОЗ України	Так	
	МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»	Так	
	ЮНЕЙДС в Україні	Так	
2)	Внесок з боку		
	Міністерств:		
	Охорони здоров'я	Так	
	У справах сім'ї, молоді та спорту	Так	
	Державного департаменту з питань виконання покарань	Так	
	Оборони	Так	
	Освіти і науки	Так	
	Закордонних справ	Так	
	Організацій громадянського суспільства: ВБФ «Коаліція ВІЛ – сервісних організацій»	Так	
	Людей, які живуть з ВІЛ/СНІДОМ: Всеукраїнська Мережа ЛЖВ	Так	
	Приватного сектора		Ні
	Організацій системи ООН	Так	
	Двосторонніх організацій: USAID	Так	
	Міжнародних НУО: Проект USAID Визначення політики з питань здоров'я, Технічне завдання 1, Україна, виконується компанією Констела Ф'ючерс МГО «Міжнародний Інститут проблем з ВІЛ/СНІДу»	Так	
	Інші:		
	Республіканський центр профілактики і боротьби зі СНІДОМ АР Крим, обласні центри профілактики і боротьби зі СНІДОМ, Одеська обласна санепідстанція	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	
6)	Відповідальний за представлення Національного звіту та його супровід:	Так	

Ім'я, прізвище / посада: Лариса Бочкова, начальник відділу моніторингу Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДОМ МОЗ України

Дата: 31 січня 2008 р.

Підпис: 

Адреса: 03038, Київ, вул. М.Амосова, 5

Е-mail: _____

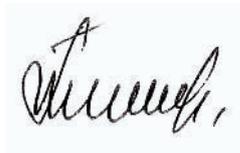
Телефон: +380(044) 275-46-17, +380(044) 275-48-14

НАЦІОНАЛЬНИЙ КОМБІНОВАНИЙ ІНДЕКС ПОЛІТИКИ (НКІП),
2007 р.

КРАЇНА: УКРАЇНА

Ім'я/прізвище відповідального співробітника Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/
СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам Міністерства охорони здоров'я України:
Василь Петренко, голова комітету

Підпис:



Поштова адреса: 01021, м. Київ, вул. Грушевського, 7, Міністерство охорони
здоров'я України

Тел.: +380 44 253 83 86

Факс: +380 44 253 83 86

E-mail: tbaid@moz.gov.ua

Дата підписання: 26 січня 2008 р.

**РЕСПОНДЕНТИ НАЦІОНАЛЬНОГО КОМБІНОВАНОГО ІНДЕКСУ В СФЕРІ ПОЛІТИКИ
(НКІП)**

НКІП – ЧАСТИНА А (для офіційних представників уряду)

Організація	Ім'я, прізвище / посада	Респонденти для частини А				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V
Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту	Світлана Толстоухова, заступник міністра	+	+	+		
Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам	Василь Петренко, голова комітету	+	+	+		
Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам	Марина Зеленська, завідувач сектора супроводу державних та міжнародних програм			+		
Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Людмила Сторожук, заступник директора				+	
Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом	Лариса Бочкова, начальник відділу моніторингу та оцінки					+

Для частин А.I. (Стратегічний план), А.II (Політична підтримка), А.III (Профілактика) додатково були опитані:

Вікторія Сановська – начальник відділу пропаганди та утвердження здорового способу життя Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту;

Ірина Пінчук – заступник директора Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді.

Для частини А.V (Моніторинг та оцінка) додатково були опитані:

Ольга Варецька – керівник відділу моніторингу та оцінки Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;

Наталія Салабай – керівник відділу моніторингу та оцінки Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ».

**НКІП – ЧАСТИНА В (для представників неурядових організацій,
двосторонніх організацій та організацій системи ООН)**

Організація	Ім'я, прізвище / посада	Респонденти для частини В			
		В.І	В.ІІ	В.ІІІ	В.ІV
Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ»	Юрій Дехтяренко, керівник юридичного відділу	+			
Всеукраїнська благодійна організація «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ»	Ірина Агеєва, керівник відділу програмного грантменеджменту				+
Всеукраїнський благодійний фонд «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій»	Наталія Підлісна, голова правління-директор		+	+	
Міжнародний фонд «Відродження»	Олена Кучерук, координатор міжнародної програми зменшення шкоди в Україні	+	+	+	
Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»	Павло Смирнов, заступник виконавчого директора з програмних питань			+	
Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»	Павло Скала, менеджер програм з політики та адвокації	+			
Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»	Сергій Філіппович, керівник відділу лікування, закупівель та управління поставками				+

АНКЕТА НАЦІОНАЛЬНОГО КОМБІНОВАНОГО ІНДЕКСУ ПОЛІТИКИ

ЧАСТИНА А

I. СТРАТЕГІЧНИЙ ПЛАН

1. Чи розроблена в країні національна міжсекторальна стратегія/план дій щодо боротьби зі СНІДом?

(Міжсекторальні стратегії мають включати стратегії, розроблені міністерствами, які вказані в пункті 1.2, але не обмежуються ним.)

Так	Охоплений період: 2004-2011 рр.	Не використовується	Ні
-----	---------------------------------	---------------------	----

1.1 Як давно в країні існує міжсекторальна стратегія/план дій?

Вкажіть, скільки років: 3 роки

1.2 Які сектори включені до міжсекторальної стратегії/плану дій, із зазначенням конкретного бюджету у зв'язку з ВІЛ для їхніх заходів?

Включені сектори	Стратегія/план дій		Запланований бюджет	
Охорона здоров'я	Так	Ні	Так	Ні
Освіта	Так	Ні	Так	Ні
Праця	Так	Ні	Так	Ні
Транспорт	Так	Ні		Ні
Військовий сектор/міліція	Так	Ні	Так	Ні
Жінки	Так	Ні	Так	Ні
Молодь	Так	Ні	Так	Ні
Інші (впишіть) Служба безпеки України, Державний департамент України з питань виконання покарань, Державний комітет телебачення та радіомовлення України, Державний комітет України з пи- тань національностей та релігій, Державна прикордонна служба України.	Так	Ні	Так	Ні

1.3 Чи включені до національної стратегії/плану дій наступні цільові групи населення, умови та наскрізні запитання?

<i>Цільові групи населення</i>	
Жінки та дівчата	Так
Молоді жінки/молоді чоловіки	Так
Особливо вразливі групи населення	Так
Сироти та інші вразливі діти	Так
<i>Умови</i>	
Робочі місця	Так
Школи	Так
Тюрми	Так
<i>Наскрізні запитання</i>	
ВІЛ/СНІД та бідність	Так
Захист прав людини	Так
Участь ЛЖВ	Так
Викорінення стигми та дискримінації	Так
Розширення можливостей статей та/або гендерна рівність	Так

1.4 Чи були цільові групи визначені в рамках процесу оцінки потреб чи аналізу потреб?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», коли була проведена ця оцінка/аналіз потреб?

Рік: 2005-2006 рр.

1.5 Які саме цільові групи існують в країні? Напишіть:

Люди, які живуть з ВІЛ/СНІД (дорослі та діти).

Діти.

Молодь.

Доросле населення.

Споживачі ін'єкційних наркотиків.

Жінки секс-бізнесу.

Чоловіки, які мають секс з чоловіками.

Засуджені.

Люди в уніформі (військові, представники силових відомств).

1.6 Чи включає міжсекторальна стратегія/план дій – робочий план?

Так	Ні
-----	----

1.7 Чи включає міжсекторальна стратегія/план дій або робочий план:

Формальні програмні цілі	Так	Ні
Чіткі цільові завдання та проміжні цілі	Так	Ні
Детальний бюджет витрат на кожну програмну сферу	Так	Ні
Посилання на джерело фінансування	Так	Ні
Заходи з моніторингу та оцінки	Так	Ні

1.8 Чи забезпечила країна «повне залучення та участь» громадянського суспільства⁷⁷ до розробки міжсекторальної стратегії/плану дій?

Активна участь	Помірна участь	Без участі
----------------	----------------	------------

Якщо «Ні» або «Помірна участь», то коротко поясніть:

при розробці національного плану дій громадянське суспільство було залучене не повністю. В основному, активну участь у цьому брали всеукраїнські організації та мережа людей, які живуть з ВІЛ. Проте, недостатньо були залучені профспілки та організації, що об'єднують представників уразливих груп. Крім цього, зважаючи на те, що в деяких регіонах України організації громадянського суспільства слабкі та малоактивні, вони не брали участь в обговоренні національного плану дій на регіональному рівні.

1.9 Чи була міжсекторальна стратегія/план дій схвалені основними зовнішніми партнерами процесу розвитку (двосторонніми, багатосторонніми)?

Так	Ні
-----	----

1.10 Чи забезпечили зовнішні партнери процесу розвитку (двосторонні, багатосторонні) узгодження та гармонізацію своїх програм із ВІЛ/СНІДу з національною міжсекторальною стратегією/планом дій?

Так, всі партнери	Так, деякі партнери	Ні
-------------------	---------------------	----

Якщо «Деякі партнери» або «Ні», то коротко поясніть:

діюча Національна програма розроблялася за участю основних зовнішніх партнерів, а саме: агенцій ООН, міжнародних організацій, що працюють в Україні, і їхні програми,

⁷⁷ Громадянське суспільство включає, в даному випадку мережу людей, які живуть з ВІЛ, жіночі, молодіжні, релігійні, ВІЛ-сервісні організації, організації уразливих груп (наприклад, СІН, ЖСБ, ЧСЧ тощо), профспілки тощо. Приватний сектор зараховується окремо

в основному, були узгоджені з нею. Проте, зважаючи на те, що Національна програма, розроблена ще у 2003 р., перестала відповідати реаліям сьогодення, більшість зовнішніх партнерів впроваджували свої програми з урахуванням поточної епідситуації з ВІЛ-інфекції в Україні, і вони частково відповідали діючій програмі. Зараз, коли заходи щодо впровадження Національної програми на 2008 р. переглянуті, вони узгоджені з основними міжнародними партнерами.

2. Чи включені у вашій країні питання ВІЛ/СНІДу в загальні плани розвитку, такі як:
а) національні плани розвитку; б) загальнонаціональні оцінки/рамкові програми Організації ООН з надання допомоги з метою розвитку; в) документи щодо скорочення масштабів бідності; г) секторальні підходи?

Так	Ні
-----	----

2.1. Якщо «Так», то в які плани щодо розвитку включена підтримка для реалізації політики у зв'язку з ВІЛ/СНІДом?

а) національні плани розвитку:

- Концепція стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 р.;
- Стратегія демографічного розвитку України на 2006-2015 рр. та план заходів щодо її реалізації до 2015 р.;
- Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 р.», яка охоплює інформаційно-просвітницькі заходи щодо ІПСШ, контрацепції, особливостей збереження репродуктивного здоров'я, безпечної сексуальної поведінки, а також профілактику та лікування ІПСШ;
- Державна програма «Подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006-2010 рр.», що спрямована, в тому числі, на профілактику наркоманії серед дітей груп ризику, включаючи «дітей вулиці»;
- «Комплексна програма профілактики правопорушень на 2007-2009 рр.», що спрямована, зокрема, на розширення та активізацію профілактичної, соціально-реабілітаційної роботи серед неповнолітніх СІН, дітей з уразливих груп (безпритульні, бездоглядні, «діти вулиці»), а також серед осіб, звільнених з місць позбавлення волі, дорослих безпритульних тощо;
- Концепція реформування системи соціальних послуг, яка окреслює такі основні напрями реформування, як розроблення та впровадження стандартів якості соціальних послуг для різних цільових груп, включаючи вразливі до ВІЛ, удосконалення системи контролю та упровадження системи управління якістю надання соціальних послуг, формування ринку соціальних послуг, що можуть надаватися різними організаціями на безоплатній та платній основі тощо. Зараз у стадії обговорення та затвердження перебуває План реалізації Концепції реформування системи соціальних послуг на період 2008-2012 рр.;
- Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.;
- План дій Україна – ЄС.

в) загальнонаціональні оцінки/рамкові програми Організації ООН з надання допомоги з метою розвитку:

- План заходів програми діяльності ЮНІСЕФ в Україні на 2006-2010 рр.;
- Спільна програма агенцій ООН з підтримки заходів протидії СНІДу в Україні на 2007-2010 рр.;

- Дворічна угода про співпрацю між Міністерством охорони здоров'я України і Європейським регіональним бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я на 2006-2007 роки;

с) документи щодо скорочення масштабів бідності:

- Стратегія подолання бідності та щорічний план заходів щодо її реалізації.

д) секторальні підходи:

- стратегія та політика міністерств-партнерів (Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України та Державної прикордонної служби України) з формування прихильності до здорового способу життя і безпечної поведінки свого персоналу, міжвідомчої взаємодії, а також спільних планів дій;
- Щорічний план заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу Міністерства оборони України;
- Щорічний план заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу Державного департаменту України з питань виконання покарань;
- Щорічний план заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту;
- Галузева програма Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту «Формування здорового способу життя дітей та молоді».

2.2. Якщо «Так», то які з перелічених нижче сфер політики включені до таких планів щодо розвитку?

<i>Позначте хрестиком «X» у відповідній клітинці</i>	A) Національні плани розвитку	B) Загально-національні оцінки/рамкові програми Організації ООН надання допомоги з метою розвитку	C) Документи щодо скорочення масштабів бідності	D) Секторальні підходи	E) Інші
Профілактика ВІЛ	X	X		X	
Лікування опортуністичних інфекцій	X	X		X	
Антиретровірусне лікування	X	X		X	
Догляд і підтримка	X	X		X	
Послаблення впливу СНІД	X	X		X	
Зменшення ґендерної нерівності у зв'язку з профілактикою, лікуванням, доглядом та підтримкою при ВІЛ	X	X		X	
Зменшення нерівності в прибутках у зв'язку з профілактикою, лікуванням, доглядом та підтримкою при ВІЛ	X				
Зниження стигми та дискримінації	X	X		X	
Розширення економічних можливостей жінок (наприклад, доступ до кредитів, навчання та ін.)		X	X	X	
Інше (впишіть)					

3. Чи проводилася в країні оцінка наслідків ВІЛ/СНІДу для її соціально-економічного розвитку з метою планування?

Так	Ні
-----	----

3.1. Якщо «Так», то напишіть, якою мірою ця інформація використовується для прийняття рішень, пов'язаних з виділенням коштів

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

4. Чи існує в країні стратегія/план дій, спрямований на вирішення проблем ВІЛ/СНІДу серед національних силових структур, таких як збройні сили, міліція, миротворчі сили, працівники пенітенціарної системи тощо?

Так	Ні
-----	----

4.1. Якщо «Так», то які з перелічених нижче програм реалізуються в країні для забезпечення охоплення кількох силових структур?

Комунікація для зміни поведінки	Так	
Надання презервативів	Так	
Консультавання та тестування на ВІЛ	Так	
Послуги у зв'язку з ІПСШ	Так	
Лікування	Так	
Догляд та підтримка		Ні
Інше (впишіть)		

Який підхід використовується до тестування та консультування у зв'язку з ВІЛ? Тестування на ВІЛ добровільне чи обов'язкове (наприклад, при прийомі на службу)? Коротко поясніть:

Добровільність тестування на ВІЛ визначається Законами України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»⁷ (стаття 7) та «Основи законодавства України про охорону здоров'я» №2891-ХІІ від 19.11.1992 р. (стаття 43). Обов'язковим тестування на ВІЛ-інфекцію є лише у донорстві крові (її компонентів) та інших біологічних рідин, клітин, тканин і органів людини.

Крім цього, згідно з законодавством України (стаття № 25 Кодексу законів про працю України та «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення») роботодавцям забороняється проводити обов'язковий скринінг – перевірку на ВІЛ-інфекцію при підписанні трудової угоди, а також вимагати в осіб, що поступають на роботу, документи, надання яких не передбачено законодавством, в тому числі особистої інформації про стан здоров'я і ВІЛ-статус. Ці закони поширюються також і на прийом на службу до Збройних Сил України.

5. Чи виконує країна обов'язки, що були взяті під час зустрічі на високому рівні щодо СНІДу в червні 2006 р., у зв'язку з забезпеченням універсального доступу?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

5.1. Чи були відповідним чином переглянуті національний стратегічний план/робочий план та національний бюджет щодо СНІДу?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

5.2. Чи були переглянуті оцінки чисельності основних цільових груп населення?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

5.3. Чи існують надійні оцінки та прогнози майбутніх потреб щодо кількості дорослих та дітей, які потребуватимуть антиретровірусної терапії?

<input type="checkbox"/> Оцінки та прогнозні потреби	<input checked="" type="checkbox"/> Тільки оцінки	<input type="checkbox"/> Ні
--	---	-----------------------------

5.4. Чи відстежується в країні охоплення цільових груп програмами з ВІЛ/СНІДу?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

А) Якщо «Так», чи відстежується охоплення з розбивкою за статтю (чоловіки, жінки)?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

В) Якщо «Так», чи відстежується охоплення з розбивкою за підгрупами населення?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

Якщо «Так», які підгрупи населення?

СІН, ЖСБ, ЧСЧ, молодь, люди, які живуть з ВІЛ, діти, які живуть з ВІЛ, засуджені, військові

С) Якщо «Так», чи відстежується охоплення з розбивкою за географічними територіями?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

Якщо «Так», на якому рівні (область, район, інші)?

Обласний рівень

5.5. Чи розробила країна план посилення систем охорони здоров'я, включаючи інфраструктуру, кадрові ресурси, потенціал, системи логістики для забезпечення препаратами?

Так	Ні
-----	----

В цілому, як би Ви оцінили зусилля держави, спрямовані на планування стратегії в рамках програм з ВІЛ/СНІДу в 2007 та 2005 рр.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

◆ Коментарі щодо прогресу в цих питаннях після 2005 р.:

В Україні з 2004 р. діє Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр. Протягом 2006-2007 рр. діюча програма була переглянута та оновлена з урахуванням сучасних тенденцій розвитку епідемії, наявності фінансових, матеріальних та інших ресурсів, також у зв'язку з забезпеченням універсального доступу до послуг з профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки. Крім цього, зараз розпочата робота щодо підготовки нової Національної програми на період 2009-2013 рр.

Контроль за епідемією ВІЛ-інфекції зараз є складовою програм соціально-економічного розвитку країни. Порівняно з 2003-2005 рр., коли проблематика ВІЛ/СНІДу була слабо представлена в основних документах соціально-економічного розвитку країни, починаючи з 2006 р., ця сфера є однією зі стратегічно важливих.

Протягом 2006-2007 рр. розроблено кілька галузевих програм та спеціальних планів заходів щодо протидії епідемії.

◆ Описова частина до розділу А.І. Стратегічний план

В Україні з 2004 р. діє Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр. Зважаючи на те, що епідемія ВІЛ-інфекції в Україні продовжує стрімко поширюватися, протягом 2006-2007 рр. діюча програма була переглянута та оновлена з врахуванням сучасних тенденцій розвитку епідемії, наявності фінансових, матеріальних та інших ресурсів, також у зв'язку з забезпеченням універсального доступу до послуг з профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки. Результатом такого перегляду стало затвердження заходів⁷⁸

⁷⁸ Діяльність у рамках програм за фінансової підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (грант 1 раунду) була офіційно визнана невід'ємною частиною діючої Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр

з виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2008 р.⁷⁹ Ці заходи, так само, як і Національна програма в цілому, мають міжсекторальний характер та охоплюють основних ключових виконавців:

- Міністерство охорони здоров'я України;
- Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам;
- Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту;
- Міністерство освіти та науки України;
- Міністерство праці та соціальної політики України;
- Міністерство оборони України;
- Міністерство внутрішніх справ України;
- Служба безпеки України;
- Державний департамент України з питань виконання покарань;
- Державний комітет телебачення та радіомовлення України;
- Державний комітет України з питань національностей та релігій;
- Державна прикордонна служба України.

Крім цього, до виконання програми залучені Рада Міністрів АР Крим, обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації, громадські організації, роботодавці, профспілки, наукові та дослідницькі установи тощо.

Попередній план заходів, що включений до Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр., мав формальні програмні цілі, завдання та деякі заходи з моніторингу та оцінки відповіді країни на епідемію. Фінансування діяльності щодо виконання діючої Національної програми здійснювалося частково за рахунок державного бюджету, інших програм та бюджетів центральних органів виконавчої влади, частково місцевих бюджетів, але в основному, за рахунок донорських коштів.

У переглянутому та доопрацьованому плані заходів щодо виконання Національної програми на 2008 р. детально прописаний бюджет. Планується, що фінансуватися ці заходи у 2008 р. будуть з різних джерел, а саме: державного бюджету, за рахунок позики Світового банку, гранту Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, місцевого бюджету, донорських коштів тощо.

Крім цього, зараз розпочата робота щодо підготовки нової Національної програми на період 2009-2013 рр. Створено міжвідомчу робочу групу за участю ключових виконавців діючої національної програми, міжнародних, громадських організацій. Координують цю діяльність Міністерство охорони здоров'я України, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, ЮНЕЙДС та Програма розвитку ООН.

Основними цільовими групами, що включені до діючої Національної програми є: діти, молодь, доросле населення, представники «силових структур», групи, вразливі до ВІЛ (споживачі ін'єкційних наркотиків, жінки секс-бізнесу, чоловіки, що мають секс з чоловіками, засуджені тощо), люди що живуть з ВІЛ/СНІДом тощо.

При розробці діючої програми для визначення цільових груп спеціальна оцінка не проводилася. Навпаки, при розробленні заходів щодо виконання Національної програми на 2008 р. визначення груп, уразливих до ВІЛ, базувалося на оцінці чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ, що проводилася в Україні у 2005 р.⁸⁰ Крім цього, були використані прогнозні дані щодо чисельності груп, уразливих до ВІЛ, а також

⁷⁹ Постанова Кабінету Міністрів України від 08.11.2007 р. №1321 «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 4 березня 2004 р. №264».

⁸⁰ Аналітичний звіт за результатами соціологічного дослідження «Оцінка чисельності груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні» / Балакірева О.М., (гол. ред.), Гусак Л.М., Довбах Г.В. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2006 р. – 28 с.

ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, що були розраховані у 2004-2005 роках під час оцінки соціально-економічних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на період до 2014 р.⁸¹

Слід зазначити, що чинна Національна програма розроблялася за участю основних зовнішніх партнерів, а саме: агенцій ООН, міжнародних організацій, які працюють в Україні, і їхні програми, в основному, узгоджені з нею. Проте, зважаючи на те, що Національна програма, розроблена ще у 2003 р., наразі перестала відповідати реаліям сьогодення, більшість зовнішніх партнерів впроваджували свої програми з урахуванням епідситуації з ВІЛ-інфекцією в Україні, і вони частково відповідали чинній програмі. Зараз, коли заходи щодо впровадження Національної програми на 2008 р. переглянуті, вони узгоджені з основними міжнародними партнерами.

Контроль за епідемією ВІЛ-інфекції є складовою програм соціально-економічного розвитку країни. Порівняно з 2003-2005 рр., коли проблематика ВІЛ/СНІДу була слабо представлена в основних документах соціально-економічного розвитку країни, починаючи з 2006 р. ця сфера є однією зі стратегічно важливих. Проблема ВІЛ/СНІДу як одна з ключових проблем, яка потребує вирішення, включена в такі документи розвитку України:

- Концепція стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, на період до 2011 р.;
- Стратегія демографічного розвитку України на 2006-2015 рр. та план заходів щодо її реалізації до 2015 р.;
- Стратегія подолання бідності та щорічний план заходів щодо її реалізації;
- Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 р.», яка включає інформаційно-просвітницькі заходи щодо ІПСШ, контрацепції, особливостей збереження репродуктивного здоров'я, безпечної сексуальної поведінки, а також профілактику та лікування ІПСШ;
- Державна програма «Подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006-2010 рр.», що спрямована, зокрема, на профілактику наркоманії серед дітей груп ризику, включаючи «дітей вулиці»;
- «Комплексна програма профілактики правопорушень на 2007-2009 рр.», що спрямована, в тому числі, на розширення та активізацію профілактичної, соціально-реабілітаційної роботи серед неповнолітніх СІН, дітей з уразливих груп (безпритульні, бездоглядні, «діти вулиці»), а також серед осіб, звільнених з місць позбавлення волі, дорослих безпритульних тощо;
- Концепція реформування системи соціальних послуг, яка окреслює такі основні напрями реформування, як розробка та впровадження стандартів якості соціальних послуг для різних цільових груп, включаючи вразливі до ВІЛ, удосконалення системи контролю та упровадження системи управління якістю надання соціальних послуг, формування ринку соціальних послуг, що можуть надаватися різними організаціями на безоплатній та платній основі тощо. Зараз у стадії обговорення та затвердження перебуває План реалізації Концепції реформування системи соціальних послуг на період 2008-2012 рр.;
- Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.;
- План дій Україна – ЄС;
- План заходів програми діяльності ЮНІСЕФ в Україні на 2006-2010 рр.;

⁸¹ Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні. – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Світовий банк, 2005 р. – 113 с

- Спільна програма агенцій ООН з підтримки заходів з протидії СНІДу в Україні на 2007-2010 рр.;
- Дворічна угода про співпрацю між Міністерством охорони здоров'я України і Європейським регіональним бюро Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я на 2006-2007 роки;

Крім цього, протягом 2006-2007 рр. розроблено кілька галузевих програм та спеціальних планів заходів щодо протидії епідемії, а саме:

- У 2007 р. в рамках спільного проекту Програми розвитку ООН в Україні та Фонду народонаселення ООН за фінансової підтримки Європейського Союзу міжвідомчою робочою групою у складі представників центральних апаратів та вищих навчальних закладів Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України та Державної прикордонної служби України проведена робота щодо опрацювання стратегії та політики міністерств-партнерів із формування прихильності до здорового способу життя і безпечної поведінки свого персоналу, міжвідомчої взаємодії, а також спільних планів дій, відомчої нормативної бази тощо;
- Розроблена, затверджена та почала діяти з 2007 р. галузева програма Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту «Формування здорового способу життя дітей та молоді», де важливе місце посідають заходи з профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом тощо.

Посилення спроможності системи охорони здоров'я в Україні знайшло відображення в низці документів (наказів Міністерства охорони здоров'я України):

- Наказ МОЗ України № 197 від 19.04.07 р. «Про затвердження Комплексного плану розширення доступу хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні до діагностики, лікування»;
- Наказ МОЗ України № 179 від 11.04.07 р. «Про затвердження Комплексного плану заходів з розширення експрес-тестування на ВІЛ в Україні на 2007-2008 роки» (підготовка консультантів, розробка та запровадження навчальних програм з питань ДКТ для студентів вищих медичних навчальних закладів та післядипломної освіти);
- Наказ МОЗ України від 27.06.06 р. № 446 «Про затвердження типового положення про кабінет «Довіри»»;
- Наказ МОЗ України від 04.08.06 р. № 539 «Про організацію діяльності служб планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» (про створення належних умов для реалізації ВІЛ-інфікованими пацієнтами репродуктивної функції та планування сім'ї);
- Наказ МОЗ України від 20.12.06 р. № 846 «Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків»;
- Наказ МОЗ України від 15.05.07 р. № 241 «Про створення в структурі Української дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» Центру «Клініка для лікування дітей, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД».

Крім посилення спроможності системи охорони здоров'я, в країні вживаються заходи щодо покращання діяльності спеціалізованих соціальних заходів, які надають послуги у зв'язку з профілактикою ВІЛ-інфекції:

- Розширюється мережа спеціалізованих закладів соціального обслуговування для окремих цільових груп. Так, в структурі Державної соціальної служби для

сім'ї, дітей та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту діє мережа центрів соціальних служб. При цих центрах соціальних служб станом на 27.09.2007 року в Україні створені та почали діяти 15 соціальних гуртожитків для молоді віком від 15 до 23 років, 11 соціальних центрів матері та дитини (у віці від народження до 18 місяців), які опинилися в складних життєвих обставинах, 6 центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді. Крім цього, у складі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді працює мережа спеціалізованих служб роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків. Зараз до мережі входять вже 215 служб в усіх регіонах України. Частина служб створені за рахунок субвенції з Державного бюджету у 2006 р. У складі Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту діє мережа з 96 регіональних притулків для неповнолітніх, а також мережа з 44 центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» (станом на 1 серпня 2007 р.).

- Запроваджено єдиний електронний банк даних на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Станом на липень 2007 р. до цього банку даних входять 47212 дітей, що є групами підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування, а саме діти, які опинилися в складних життєвих обставинах.
- У 2007 р. розпочалося реформування притулків для бездоглядних та безпритульних дітей, в тому числі «дітей вулиці», в центри соціально-психологічної реабілітації.
- З 2007 р. у структурі Міністерства праці та соціальної політики України діє мережа закладів соціального захисту для бездомних громадян та осіб, звільнених з місць позбавлення волі, в яких надаються консультативні, соціальні та медичні послуги, пов'язані з профілактикою ВІЛ/ІПСШ тощо.

Представники урядових установ відзначили, що при розробленні національного плану дій, а також програм профілактики, лікування, догляду та підтримки громадянське суспільство було залучене не повністю. В основному, активну участь у розробці брали всеукраїнські організації та мережа людей, які живуть з ВІЛ. Проте, слабо були представлені профспілкові організації та організації, що об'єднують представників уразливих груп. Крім цього, зважаючи на те, що в деяких регіонах України організації громадянського суспільства слабкі та малоактивні, вони не брали участі в обговоренні національного плану дій на регіональному рівні.

Представники НДО, які брали участь в опитуванні для розробки національного комбінованого індексу, відзначили, що в цілому є посилення ролі громадського сектора в питаннях планування та імплементації програм профілактики, догляду та підтримки на національному рівні, а також – готовність державних структур до співпраці з НДО. Проте, регіональні та місцеві недержавні організації не настільки мобілізовані та активні і потребують істотного зміцнення свого потенціалу. На їхню думку, певними перешкодами на шляху більш активної участі НДО в наданні послуг у зв'язку з ВІЛ/СНІД та їх розширенні є відсутність особистої відданості голови Національної ради з питань туберкульозу та ВІЛ/СНІДу і заступників міністрів профільних міністерств, а також відсутність державного замовлення (делегування функції надання послуг у зв'язку з ВІЛ/СНІД від державних установ до НУО), тобто фінансування державою послуг, що надаються недержавним сектором.

II. ПОЛІТИЧНА ПІДТРИМКА

Політична підтримка включає:

- підтримку з боку керівників уряду та політичних лідерів, які часто говорять про СНІД та регулярно головують на важливих засіданнях;
- виділення національних бюджетних коштів для підтримки програм з ВІЛ/СНІДу;
- ефективне використання державних та неурядових організацій, а також підтримка ефективних програм з ВІЛ/СНІДу.

1. Чи говорять офіційні особи про необхідність підтримки та активізації заходів з протидії СНІДу під час виступів на великих національних форумах не менше двох разів на рік?

Президент/глава уряду	Так	Ні
Інші високі офіційні особи	Так	Ні
Посадові особи в регіонах/областях	Так	Ні

2. Чи існує в Україні офіційно визнаний національний міжсекторальний керівний/координаційний орган зі СНІДу (Національна координаційна рада або еквівалентний орган)?

Так	Ні
-----	----

2.1 Якщо «Так», коли він був створений? Рік: 2005 р.

З метою координації дій у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в 1999 році при Кабінеті Міністрів України утворюється постійно діючий орган – Національна координаційна рада з питань запобігання захворюванню на СНІД (постанова Кабінету Міністрів України від 13.08.1999 № 1492). Зазначена рада була ліквідована, і з 2001 року координаційними питаннями з ВІЛ/СНІДу фактично опікувалася Урядова комісія з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу (постанова Кабінету Міністрів України від 07.02.2001 № 116), що згодом була реорганізована в Урядову комісію з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом (постанова Кабінету Міністрів України від 26.10.2001 № 1401). Очолювалася комісія віце-прем'єр-міністром України та працювала в режимі періодичних засідань. Суттєво ситуація щодо складу координаційного органу у сфері ВІЛ та системи його роботи була змінена під впливом запровадження триєдиних принципів в Україні (єдина узгоджена програма діяльності, єдиний національний координаційний орган зі СНІДу, єдина система моніторингу й оцінки на рівні країни). Так у 2005 році було утворено Національну координаційну раду з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, яка за назвою та завданнями була аналогічною Раді 1999 року, але за принципами формування складу, системою побудови своєї роботи та прийняття рішень була більш відкритою та відповідала сучасним демократичним засадам.

2.2 Якщо «Так», хто є головою? Напишіть ім'я, прізвище посаду/функцію:

Віце-прем'єр-міністр України. До виборів до Верховної Ради України та зміни Кабінету Міністрів України (листопад-грудень 2007 р.) це був Табачник Дмитро Володимирович, віце-прем'єр-міністр України з гуманітарних питань.

2.3 Якщо «Так», то:

Чи є коло повноважень?	Так	Ні
Чи активно керує та бере участь уряд?	Так	Ні*
Чи визначений його склад? Чи включає він представників громадянського суспільства? Якщо «Так», який їх відсоток? (впишіть): 45% від загального складу Чи включає людей, які живуть з ВІЛ? Чи охоплює приватний сектор?	Так Так Так Так	Ні Ні Ні Ні
Чи є план дій?	Так	Ні*
Чи функціонує секретаріат?	Так	Ні*
Чи засідає не рідше одного разу на квартал?	Так	Ні
Чи регулярно розглядаються дії у зв'язку з прийняттям рішень у сфері політики?	Так	Ні
Чи активно пропагує рішення у сфері політики?	Так	Ні
Чи надає можливість громадянському суспільству впливати на процес прийняття рішень?	Так	Ні
Чи посилює координацію між донорами, щоб уникнути паралельного фінансування та дублювання дій у впровадженні програм і наданні звітності?	Так	Ні

*Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу (НКР) діяла з травня 2005 до липня 2007 року та була ліквідована постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 року № 926. Через загальну політичну ситуацію в країні (виборчі процеси, формування нового складу Кабінету Міністрів України) протягом 2006-2007 рр. НКР не функціонувала сповна, засідання проводилися рідко, участь окремих високопосадовців в її засіданнях була нерегулярною, тому її вплив на політику був незначний. Протягом 2006 р. секретаріат НКР працював, а у 2007 р. – ні.

Зараз відбувається процес реорганізації діяльності Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, затверджено Положення про неї, не внесено змін до внутрішніх процедурних документів, які регламентують порядок роботи ради, планування її засідань, не здійснений розподіл повноважень Ради серед комітетів, не оновлений їхній склад тощо.

3. Чи існує в країні загальнонаціональний орган зі СНІДу чи інший механізм, який сприяє процесу взаємодії між урядом, людьми, які живуть з ВІЛ, громадянським суспільством та приватним сектором для реалізації програм з ВІЛ/СНІДу?

Так	Ні
-----	----

3.1. Якщо «Так», чи має він:

Відповідні повноваження	Так	Ні
Відповідний склад	Так	Ні
План дій	Так	Ні
Робочий секретаріат	Так	Ні
Чи регулярно проводяться засідання?	Так	Ні
	Частота проведення засідань: За необхідності	

Якщо «Так», які основні досягнення?

Для налагодження управління, координації та моніторингу за програмами у сфері ВІЛ/СНІД у 2006 р. постановою Кабінету Міністрів України у складі Міністерства охорони здоров'я України був створений орган державного управління – Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам.

Положенням про Комітет визначені його повноваження і склад. Планується створення на його базі національного центру з моніторингу та оцінки протидії епідемії ВІЛ.

Комітет координував перегляд та доопрацювання плану заходів щодо виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2008 р.

Крім цього, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам координує роботу щодо підготовки нової Національної програми на період 2009-2013 рр. у партнерстві з ЮНЕЙДС та Програмою Розвитку ООН.

Якщо «Так», які основні проблеми в роботі цього органу?

Неукомплектованість кадрами, відсутність приміщення, недостатній рівень професійних знань з питань ВІЛ/СНІД.

4. Який відсоток національного бюджету з ВІЛ/СНІДу був витрачений на заходи, що реалізовувалися громадянським суспільством у 2006 р.?

Відсоток: приблизно 1%.

5. Яку допомогу надає НКР (або еквівалентна структура) партнерам-виконавцям національної програми, зокрема, організаціям громадянського суспільства?

Інформування щодо пріоритетних потреб та послуг	Так	Ні
Технічне керівництво, надання матеріалів	Так	Ні
Закупка та розподіл препаратів/поставок	Так	Ні
Координація з іншими партнерами-виконавцями	Так	Ні
Посилення потенціалу	Так	Ні
Інше (напишіть)	Так	Ні

6. Чи переглядалися в країні національна політика та законодавство для визначення того, яка політика та законодавство не відповідають національній стратегії боротьби зі СНІДом?

Так	Ні
-----	----

6.1. Якщо «Так», чи були внесені зміни до політики та законодавства з тим, щоб вони відповідали національній стратегії боротьби зі СНІДом?

Так	Ні
-----	----

6.2. Якщо «Так», як саме політика та законодавство були змінені і коли?

<i>Політика/закон:</i>	<i>Рік:</i>
1. План заходів щодо виконання Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2008 р.	2007
2. Закон України «Про державний бюджет України на 2007 р.»	2006
3. Проект Закону України «Про державний бюджет України на 2008 р.»	2007
4. Концепція реформування системи соціальних послуг, яка окреслює такі основні напрями реформування, як розробка та впровадження стандартів якості соціальних послуг для різних цільових груп, включаючи вразливі до ВІЛ, удосконалення системи контролю та впровадження системи управління якістю надання соціальних послуг, формування ринку соціальних послуг, що можуть надаватися різними організаціями на безоплатній та платній основі тощо. Зараз у стадії обговорення та затвердження перебуває «План реалізації Концепції реформування системи соціальних послуг на період 2008-2012 рр.»	2006
5. Стратегія демографічного розвитку України на 2006-2015 рр. та план заходів щодо її реалізації до 2015 р.	2006
6. Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 р.», яка включає інформаційно-просвітницькі заходи щодо ІПСШ, контрацепції, особливостей збереження репродуктивного здоров'я, безпечної сексуальної поведінки, а також профілактику та лікування ІПСШ	2006
7. Державна програма «Подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006-2010 рр.», що спрямована, в тому числі, на профілактику наркоманії серед дітей груп ризику, включаючи «дітей вулиці»	2006
8. «Комплексна програма профілактики правопорушень на 2007-2009 рр.», що спрямована, в тому числі, на розширення та активізацію профілактичної, соціально-реабілітаційної роботи серед неповнолітніх СІН, дітей з вразливих груп (безпритульні, бездоглядні, «діти вулиці»), а також серед осіб, звільнених з місць позбавлення волі, дорослих безпритульних тощо	2007
9. Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.	2006

Загалом, як би Ви оцінили зусилля держави, спрямовані на планування стратегії з профілактики ВІЛ в Україні в 2007 та 2005 рр.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ **Коментарі щодо прогресу після 2005 р.**

Для налагодження управління, координації та моніторингу за програмами у сфері ВІЛ/СНІД у 2006 р. Постановою Кабінету Міністрів України у складі Міністерства охорони здоров'я України створений урядовий орган державного управління Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам.

Прийнятий Указ Президента України від 12.12.07 р. №1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», в якому визначені конкретні відповідальні установи та першочергові кроки щодо зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції, захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в країні.

◆ **Описова частина до розділу А.II. Політична підтримка**

Протягом звітного періоду 2006-2007 рр. намітився деякий прогрес у політичній підтримці протидії ВІЛ в Україні. Насамперед це підтверджується тим, що:

- Указом Президента України від 12 грудня 2007 р. №1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні» постановлено утворення Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії – як консультативно-дорадчого органу при Президентові України та забезпечення активізації діяльності Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Національна координаційна рада з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу діяла в Україні з травня 2005 до липня 2007 року та була ліквідована постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2007 року № 926 одночасно із Міжвідомчою комісією по боротьбі із туберкульозом і наглядовою радою з питань реалізації спільного зі Світовим банком проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні». Ліквідація зазначених структур пояснюється тим, що питання, які належали до їхньої компетенції, фактично покладені на Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, утворену цією ж самою постановою Кабінету Міністрів України. Положенням про цю Національну раду передбачено, що одним з її завдань є сприяння узгодженій діяльності міністерств, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, міжнародних та громадських організацій,

у тому числі тих, що об'єднують людей, які живуть з туберкульозом та ВІЛ-інфекцією/СНІДом, представників бізнесових кіл, об'єднань профспілок і роботодавців та релігійних організацій – з метою реалізації на державному рівні проектів з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Згідно із Положенням, її очолює віцепрем'єр-міністр України з гуманітарних питань, який має двох заступників, один з них – це представник організацій людей, які живуть з ВІЛ. Чисельність НКР у 2005 році становила 17 осіб, у 2007 році (до ліквідації Національної ради) – 20 осіб, у тому числі 9 осіб – представники органів виконавчої влади, 2 народні депутати України. Від недержавного сектора до НКР входили 9 осіб. Серед них були представники Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, (один з яких є заступником голови Ради), Коаліції ВІЛ-сервісних організацій, представництва ООН в Україні, Світового банку, Академії сприяння освіті, Міжнародного інституту з проблем ВІЛ/СНІДу, Агентства США з міжнародного розвитку, представник бізнесових кіл. 22 листопада 2007 р. було затверджено новий склад Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. На жаль, протягом 2006-2007 рр. Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу не функціонувала повною мірою, засідання проводилися рідко, тому її вплив на політику був незначний.

- Для налагодження управління, координації та моніторингу за програмами у сфері ВІЛ/СНІД у 2006 р. Постановою Кабінету Міністрів України у складі Міністерства охорони здоров'я України створений урядовий орган державного управління – Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам.
- У 2006 р. з державного бюджету місцевим бюджетам виділено 9 млн. грн. для створення нових служб з надання соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків і членам їхніх сімей, а також для проведення інформаційно-просвітницьких заходів щодо профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу державними центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Постанова Кабінету Міністрів України № 318 «Про затвердження Порядку використання у 2006 р. субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам для надання соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків і членам їхніх сімей»).
- Законодавчо скасована кримінальна відповідальність за заняття проституцією, що дало можливість розширити профілактичні програми серед ЖКС.
- 4 грудня 2007 р. проведено розширену нараду щодо ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні під головуванням Президента України В. Ющенка, на якій були окреслені основні проблемні зони у вирішенні питання та визначені шляхи їх розв'язання. Зустріч було ініційовано МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та іншими партнерськими організаціями.

У результаті цієї зустрічі:

- 12 грудня 2007 р. прийнятий Указ Президента України №1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», в якому визначені конкретні відповідальні установи та першочергові кроки щодо зниження темпів поширення ВІЛ-інфекції, захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу в країні;
- Комітетом контролю за наркотиками за попереднім погодженням зі Службою безпеки України виданий сертифікат на ввезення в Україну лікарського наркотич-

ного препарату «Метадон», що стимулюватиме кардинальне розширення програм замісної підтримуючої терапії у 2008 р.

Незважаючи на відчутні успіхи країни щодо політичної підтримки протидії епідемії ВІЛ, представники як урядових, так і неурядових структур, що брали участь в опитуванні для розробки Національного комбінованого індексу політики, відзначили, що в українському політикумі та серед держчиновників, які приймають рішення, все ще спостерігається брак політичної відданості, що в свою чергу обумовлює кілька перешкод, а саме:

- несистемність, відсутність комплексності національної відповіді на епідемію;
- недостатність державного фінансування програм, спрямованих на профілактику, лікування, догляд та підтримку у зв'язку з ВІЛ/СНІДом;
- непрацююча Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- відсутність національного центру моніторингу та оцінки та національної бази даних щодо відповіді країни на епідемію;
- недостатнє використання даних моніторингу та оцінки, які є в країні, як стратегічної інформації для розроблення політики та програм.

III. ПРОФІЛАКТИКА

1. Чи існує в країні політика, стратегія інформаційно-просвітницьких кампаній з питань ВІЛ/СНІД серед широких верств населення?

Так*	Ні*	н/п
------	-----	-----

*В Україні досі немає національної політики, стратегії інформаційно-просвітницьких кампаній з питань ВІЛ/СНІД серед широких верств населення. Незважаючи на це, в країні зусиллями окремих державних установ, міжнародних і всеукраїнських організацій проводяться інформаційні кампанії (ІНК) щодо профілактики ВІЛ, толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих тощо. Основними недоліками таких кампаній є:

- ІНК не мають комплексного характеру – використовуються лише окремі компоненти кампаній, наприклад, розповсюдження відео-, аудіо-, друкованої продукції та зовнішньої реклами, не задіяні додаткові компоненти кампаній, такі як акції, спеціальні заходи, інтерактивні методи тощо. Через це ІНК не є комплексними і втрачають свою ефективність;
- охоплені ІНК лише обласні центри і великі міста. Неохопленими залишаються маленькі міста та сільська місцевість. Крім цього, деякі області, наприклад, західні, північні, центральні, взагалі не залучаються до цих кампаній;
- серед матеріалів інформаційних кампаній переважають відео- та аудіоролики для розміщення на національних та регіональних теле- та радіоканалах. Мало уваги приділяється друкованим матеріалам і місцям для їх розміщення в маленьких містах та сільській місцевості;
- деякі ІНК мають обмежений термін впровадження, тобто часто залишаються непоміченими більшістю населення і швидко забуваються;
- іноді кілька ІНК «стартують» одночасно. Це ускладнює сприйняття основних повідомлень ІНК, іноді викликає у цільової групи «когнітивний дисонанс», тобто несе багато додаткової інформації. Крім цього, оцінити ефективність таких кампаній часто буває неможливо через те, що їхній вплив «перехрещується».

1.1. Якщо «Так», яка ключова інформація відкрито пропагується?

■ Відзначте ключову інформацію, яка відкрито пропагується

Утримання від статевого життя	
Більш пізній початок статевого життя	
Вірність партнеру	х
Зменшення кількості статевих партнерів	х
Постійне використання презервативів	х
Більш безпечна сексуальна поведінка	х
Уникнення комерційного сексу	
Утримання від вживання ін'єкційних наркотиків	х
Використання стерильних голки та шприців	х
Боротьба проти насилля щодо жінок	
Більш толерантне ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та розширення їхньої участі в житті суспільства та профілактиці ВІЛ	х
Розширення участі чоловіків у програмах репродуктивного здоров'я	
Інше (впишіть)	

1.2. Чи запроваджувала країна в минулому році дії або програми з метою забезпечення точного інформування з проблем ВІЛ у ЗМІ?

Так	Ні
-----	----

2. Чи існує в країні політика або стратегія, що пропагує просвіту молоді з питань охорони репродуктивного та сексуального здоров'я у зв'язку з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

2.1. Чи є освіта з питань ВІЛ частиною навчальної програми в:

Початковій школі	Так	Ні
Середній школі	Так	Ні
Підготовці вчителів	Так	Ні

2.2. Чи забезпечує ця стратегія/навчальна програма однакову освіту з питань репродуктивного та сексуального здоров'я для молодих чоловіків та молодих жінок?

Так	Ні
-----	----

2.3. Чи існує в країні стратегія освіти молоді з питань ВІЛ поза школою?

Так	Ні
-----	----

3. Чи існує в країні політика або стратегія, спрямовані на розповсюдження інформації, освіти, комунікації та інших заходів з профілактики здоров'я для вразливих підгруп населення?

Так	Ні
-----	----

3.1. Якщо «Так», то на які підгрупи населення спрямована ця політика/стратегія та які елементи профілактики ВІЛ вона включає?

■ **Відзначте відповідну політику/стратегію**

	СІН	ЧСЧ	РКС ^o	Клієнти РКС	Засуджені	Люди в уніформі (військовослужбовці, правоохоронці)
Цільова інформація щодо зменшення шкоди та освіти з питань ВІЛ	x	x	x		x	x
Зниження стигми та дискримінації	x	x			x	x
Пропаганда використання презервативів	x	x	x		x	x
Консультування та тестування на ВІЛ	x	x	x		x	x
Репродуктивне здоров'я, включаючи профілактику ІП-СШ та лікування	x	x	x		x	x
Зниження рівня вразливості (наприклад, за рахунок отримання доходів)	н/з*	н/з		н/з	н/з	н/з
Замісна терапія при наркоманії	x	н/з	н/з	н/з	н/з	н/з
Обмін голочок та шприців	x	н/з	н/з	н/з	н/з	н/з

* н/з – незастосовувалось

Загалом, яким чином Ви б оцінили зусилля у сфері політики щодо підтримки профілактики ВІЛ у 2007 та 2005 рр.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ **Коментарі щодо прогресу після 2005 р.**

Серед здобутків профілактичної роботи в Україні після 2005 р. можна назвати наступне:

- Законодавчо скасована кримінальна відповідальність за заняття проституцією, що дало можливість розширити профілактичні програми серед ЖКС.

- Освітньо-профілактичні програми з питань ВІЛ/СНІДу введені до навчальних планів 1-9 класів загальноосвітніх навчальних закладах з 12-річним терміном навчання, запроваджений обов'язковий інтегрований предмет «Основи здоров'я», розроблене навчально-методичне забезпечення цього предмета, здійснюється підготовка вчителів до викладання «Основи здоров'я». Для забезпечення навчального плану підготовленими вчителями, на базі обласних інститутів післядипломної освіти проводиться навчання. Центральним інститутом післядипломної педагогічної освіти України розроблені навчально-методичні матеріали для підготовки вчителів (навчальні плани, програми, посібники, роздаткові матеріали). Ці матеріали використовуються в навчальному процесі.
- Протягом 2006-2007 рр. Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з іншими державними виконавчими органами, НДО, міжнародними партнерами розроблені, апробовані, затверджені та готові до запровадження у 2008 р. галузеві стандарти якості соціальних послуг для ВІЛ-позитивних дітей і їхнього оточення, соціально-медичних послуг для підлітків та молоді щодо профілактики ВІЛ/ІПСШ, а також соціальних послуг тим, хто вживає психоактивні речовини, в тому числі – споживачам ін'єкційних наркотиків та їхньому близькому оточенню.
- У Міністерстві оборони України для підготовки фахівців, які проводять профілактичну роботу у військових частинах (начальники медичної служби частини та заступники командирів військових частин з гуманітарних питань), розроблені та запроваджені в навчальні програми курсів військово-медичної та соціально-психологічної підготовки спеціальні предмети з питань ВІЛ/СНІДу, здорового способу життя тощо. До навчальних планів гуманітарної підготовки військовослужбовців строкової служби у військових частинах введено спеціальні обов'язкові для вивчення теми з питань ВІЛ/СНІДу, наркоманії, здорового способу життя, безпечної поведінки тощо. В рамках проекту «Попередження ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом, серед військовослужбовців Збройних Сил та працівників правоохоронних органів України», що втілюється спільно з Програмою розвитку ООН в Україні та Фондом народонаселення ООН за фінансової підтримки Європейського Союзу, проводиться інформаційно-профілактична діяльність серед особового складу, наприклад, тренінги, поширення інфоматеріалів, роздача презервативів тощо.

4. Чи визначені в країні райони (або еквівалентні географічні/децентралізовані рівні), де необхідні програми з профілактики ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», то якою мірою наступні програми профілактики ВІЛ були виконані в ідентифікованих районах (райони або еквівалентні географічні/децентралізовані рівні в міській та сільській місцевостях), де такі програми необхідні?

■ **Відзначте відповідний рівень реалізації для кожного виду діяльності або вкажіть н/з, якщо не застосовувалися**

<i>Програми профілактики</i>	Заходи проводяться		
	<i>В усіх районах, де вони необхідні</i>	<i>В більшості районів, де вони необхідні</i>	<i>В деяких районах, де вони необхідні</i>
Безпека крові	x		
Універсальні заходи перестороги в медичних закладах	x		
Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини	x		
Інформаційно-освітні кампанії для зменшення шкоди		x	
Інформаційно-освітні кампанії для зниження стигми та дискримінації		x	
Пропаганда використання презервативів	x		
Тестування на ВІЛ та консультивання		x	
Зменшення шкоди для СІН		x	
Зменшення шкоди для ЧСЧ			x
Зменшення шкоди для РКС			x
Програми для інших груп населення, яким загрожує найвищий ризик			x
Послуги з репродуктивного здоров'я, включаючи профілактику та лікування ІПСШ		x	
Просвіта з питань СНІДу в школах серед молоді	x		
Програми для молодих людей, які не відвідують школу			x
Профілактика ВІЛ на робочих місцях			x
Інші програми (напишіть) Зменшення шкоди серед ув'язнених			x

Загалом, як би Ви оцінили зусилля, спрямовані на реалізацію програм з профілактики ВІЛ в 2007 та 2005 рр.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ Коментарі щодо прогресу після 2005 р.

Профілактику поширення ВІЛ/СНІДу визначено як одну з ключових сфер у Національній програмі боротьби з ВІЛ/СНІДом. Слід відзначити, що понад 70% заходів з протидії поширенню ВІЛ, запланованих Національною програмою протягом 2006-2007 рр., було упроваджено МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» разом з партнерськими організаціями неурядового та урядового секторів. Фінансування цих заходів відбувалося, в основному, за рахунок Програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні» Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (березень 2004 – вересень 2008 рр.) та «Посилення відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД в Україні шляхом надання послуг та інформації» (проект САНРАЙЗ Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) (серпень 2004 – серпень 2008 рр.).

Порівняно з 2003-2005 рр. у деяких сферах профілактики відбувся прогрес, однак повний спектр послуг з профілактики ВІЛ/СНІД в Україні впроваджується повільно – іноді через наявні законодавчі норми, іноді через суперечності між політикою, якої дотримуються різні міністерства.

◆ Описова частина до розділів А.III. та В.III. Профілактика

Серед здобутків профілактичної роботи в Україні можна назвати:

- Законодавчо скасована кримінальна відповідальність за заняття проституцією, що дало можливість розширити профілактичні програми серед ЖКС.
- Серед здобутків профілактичної роботи в Україні можна назвати наступне:
- Забезпечення 100% скринінгу донорської крові на ВІЛ-інфекцію;
- Тестування на ВІЛ-інфекцію є безкоштовним та добровільним;
- Суттєве зменшення інфікування ВІЛ від матері до дитини. На загальнонаціональному рівні запроваджено тестування вагітних жінок на ВІЛ-інфекцію два рази під час вагітності. Станом на грудень 2007 р. 6473 ВІЛ-інфікованих вагітних жінки отримали курс АРВ-терапії для профілактики вертикальної трансмісії;
- Розширюється фокусна профілактика серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Станом на листопад 2007 р. послуги зі зменшення шкоди від вживання ін'єкційних наркотиків, інформування, консультування та тестування на ВІЛ тощо для представників уразливих груп представлені в 22 областях України. Профілактичними програмами охоплено понад 131 тис. СІН, 42 тис. засуджених. Досі зали-

шаються нечисленними програми профілактики для жінок секс-бізнесу, чоловіків, які мають секс з чоловіками. Проте програми, заплановані грантом 6 раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, який наданий Україні, створять можливості для значного розширення цих програм.

- Освітньо-профілактичні програми з питань ВІЛ/СНІДу введені до навчальних планів 1-9 класів загальноосвітніх навчальних закладах з 12-річним терміном навчання. Запроваджено обов'язковий інтегрований предмет «Основи здоров'я», розроблено навчально-методичне забезпечення цього предмета, здійснюється підготовка вчителів до викладання «Основ здоров'я». Для забезпечення навчального плану підготовленими вчителями, на базі обласних інститутів післядипломної освіти проводиться навчання. Центральним інститутом післядипломної педагогічної освіти України розроблені навчально-методичні матеріали для підготовки вчителів (навчальні плани, програми, посібники, роздаткові матеріали)⁸². Ці матеріали використовуються в навчальному процесі.
- Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, ресурсні центри з питань ВІЛ/СНІДу та недержавні організації проводять інформаційно-просвітницьку роботу серед молоді поза школою. Така робота проводиться за допомогою тренінгів, театральних вистав, різноманітних тематичних конкурсів, акцій, концертів, а також методом «рівний – рівному».
- Розширюється фокусна профілактика серед груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Станом на листопад 2007 р. послуги зі зменшення шкоди від вживання ін'єкційних наркотиків, інформування, консультування та тестування на ВІЛ тощо для представників уразливих груп представлені в 22 областях України. Профілактичними програмами охоплено понад 131 тис. СІН, 42 тис. засуджених. Досі залишаються нечисленними програми профілактики для жінок секс-бізнесу, чоловіків, які мають секс з чоловіками. Проте програми, заплановані грантом 6 раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, який наданий Україні, створять можливості для значного розширення цих програм.
- Протягом 2006-2007 рр. Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту спільно з іншими державними виконавчими органами, НДО, міжнародними партнерами розроблені, апробовані, затверджені та готові до запровадження у 2008 р. галузеві стандарти якості соціальних послуг для ВІЛ-позитивних дітей і їхнього оточення, соціально-медичних послуг для підлітків та молоді щодо профілактики ВІЛ/ІПСШ, а також соціальних послуг споживачам психоактивних речовин, в тому числі споживачам ін'єкційних наркотиків, та їхньому близькому оточенню.
- У Міністерстві оборони України для підготовки фахівців, що проводять профілактичну роботу у військових частинах (начальники медичної служби частини та заступники командирів військових частин з гуманітарних питань), розроблені та запроваджені в навчальні програми курсів військово-медичної та соціально-психологічної підготовки спеціальні предмети з питань ВІЛ/СНІДу, здорового способу життя тощо. До навчальних планів гуманітарної підготовки військовослужбовців строкової служби у військових частинах введено спеціальні обов'язкові для вивчення теми з питань ВІЛ/СНІДу, наркоманії, здорового способу життя, безпечної поведінки тощо. В рамках проекту «Попередження ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом, серед військовослужбовців Збройних Сил та працівників правоохоронних органів України», що втілюється спільно Програмою розвитку

⁸² Інформація про хід виконання Національної Програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр. у 2006 р.

ООН в Україні та Фондом народонаселення ООН за фінансової підтримки Європейського Союзу, проводиться інформаційно-профілактична діяльність серед особового складу, наприклад, тренінги, поширення інфоматеріалів, роздача презервативів тощо.

- Загалом серед основних проблем проведення профілактики в Україні можна назвати:
 - ◆ Відсутність універсального доступу усіх без виключення груп населення до тестування на ВІЛ через нестачу медичних закладів, де воно проводиться. Доступ до тестування на ВІЛ є дещо обмеженим для засуджених, мешканців сільської місцевості та маленьких міст, віддалених військових частин тощо. Для полегшення доступу представників цільових груп до послуг з консультування та тестування організують діяльність стаціонарних, мобільних та вуличних пунктів.
 - ◆ Відсутність загальнонаціональної стратегії інформаційно-просвітницьких кампаній з питань ВІЛ/СНІДу серед широких верств населення. Інформаційні кампанії з проблем ВІЛ проводяться в Україні, проте вони частіше є «точечними», локальними, нетривалими, тобто охоплюють окремі регіони, використовують певні ЗМІ і тривають недовго, найчастіше кілька місяців. Зважаючи на це, в Указі Президента України від 12 грудня 2007 р. № 1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні» акцентовано увагу на розробці рекламної кампанії та забезпеченні її проведення.
 - ◆ Брак неурядових організацій, фахівців різної спеціалізації, спроможних надавати якісні послуги для цільових груп та забезпечити доступ до них.
 - ◆ Недостатнє фінансування програм профілактики з державного бюджету.
 - ◆ Недостатня увага з боку держави до профілактичних програм серед дітей та молоді, а також програм на робочих місцях.
 - ◆ Брак спеціалізованих програм, спрямованих на профілактику серед таких уразливих груп, як ЧСЧ та РКС. Зараз в Україні профілактичні програми для цих цільових груп проводяться за рахунок коштів Глобального фонду і лише в окремих регіонах України. Крім цього, в країні ці групи є важкодоступними для профілактичних впливів через нетолерантне ставлення до них з боку суспільства, дуже обмежену кількість організацій, що зареєстровані представниками цієї спільноти, та тих ВІЛ-сервісних організацій, що працюють з ними. Є лише окремі організації та ініціативні групи.
 - ◆ Брак спеціалізованих програм для таких уразливих до ВІЛ-інфікування груп, як «діти вулиці», «групи-містки» (далекобійники, моряки, клієнти робітників секс-бізнесу тощо).

Представники і держави, і НДО, які брали участь в підготовці Національного комбінованого індексу в сфері політики ВІЛ/СНІДу, підкреслили, що в питанні профілактики не помітно великого прогресу порівняно з 2003-2005 рр. Причому представники громадськості вказали на деякий регрес порівняно з 2005 р.

Основними причинами цього були названі:

- відсутність особистої відданості проблемі ВІЛ/СНІДу в політичних лідерів;
- невіршення державою окремих питань, пов'язаних з профілактикою;
- несистемний підхід до неї;
- обмеженість державного фінансування тощо.

IV. ЛІКУВАННЯ, ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА

1. Чи існує в країні політика або стратегія, спрямовані на забезпечення комплексного лікування, догляду та підтримки щодо ВІЛ? (Комплексний догляд охоплює: лікування, тестування на ВІЛ та консультування, соціально-психологічну допомогу, догляд на дому та в умовах колективу та т.п.)

Так	Ні
-----	----

1.1. Якщо «Так», чи надається в них достатньо уваги бар'ерам, з якими стикаються жінки, діти та групи населення, яким загрожує найвищий ризик?

Так	Ні
-----	----

2. Чи визначені в вашій країні райони (або еквівалентні географічні/децентралізовані рівні), де необхідні послуги для лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», то якою саме мірою наступні послуги для лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та СНІДом надавалися в ідентифікованих районах (райони або еквівалентні географічні/децентралізовані рівні в міській та сільській місцевостях), де такі послуги необхідні?

◆ Відзначте відповідний рівень реалізації для кожного виду діяльності або вкажіть н/з, якщо не застосовувалися

Послуги щодо лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ	Заходи проводяться		
	В усіх районах, де вони необхідні	В більшості районів, де вони необхідні	В деяких районах, де вони необхідні
Антиретровірусна терапія		x	
Забезпечення правильним харчуванням			
Лікування для дітей, хворих на СНІД	x		
Лікування ІПСШ	x		
Психосоціальна підтримка людей, які живуть з ВІЛ, та їхніх сімей		x	
Догляд на дому		x	
Паліативний догляд та лікування при звичайних інфекціях, пов'язаних з ВІЛ			x

Тестування на ВІЛ та консультування для хворих туберкульозом	x		
Скринінг туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих	x		
Профілактичне протитуберкульозне лікування для ВІЛ-інфікованих	x		
Контроль за туберкульозом в закладах, де проводиться лікування та догляд в зв'язку з ВІЛ		x	
Профілактика котримоксазолом серед ВІЛ-інфікованих	x		
Профілактика після контакту (наприклад, ризик зараження ВІЛ, пов'язаний з характером роботи, згвалтуванням тощо)	x		
Послуги з лікування в зв'язку з ВІЛ на робочому місці або системи направлення на лікування за місцем роботи			
Догляд та підтримка при ВІЛ на робочих місцях (включаючи надання інших умов для роботи)			
Інші програми (напишіть) _____			

3. Чи існує в країні політика сприяння для розроблення/використання препаратів-генериків або паралельного ввезення препаратів, що використовуються для ВІЛ?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

4. Чи мають державні структури доступ до регіональних механізмів управління закупками та поставками необхідних товарів, таких як антиретровірусні препарати, презервативи та препарати для замісної терапії?

<input checked="" type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
---	-----------------------------

4.1. Якщо «Так», для яких саме товарів? Презервативи.

5. Чи існує в країні політика або стратегія для задоволення додаткових потреб сиріт та інших уразливих дітей (СУД) в зв'язку з ВІЛ або СНІДом?

<input type="checkbox"/> Так	<input checked="" type="checkbox"/> Ні
------------------------------	--

5.1. Якщо «Так», чи існує робоче визначення СУД в країні?

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------

5.2. Якщо «Так», чи є в країні національний план дій спеціально для СУД?

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------

5.3. Якщо «Так», чи є в країні оціночна кількість СУД, що охоплені дієвими заходами впливу?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», який відсоток СУД охоплений? _____

Загалом, як би Ви оцінили зусилля, спрямовані на задоволення потреб сиріт та інших уразливих дітей?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ Коментарі щодо прогресу після 2005 р.

В Україні не існує спеціальної політики або стратегії для задоволення додаткових потреб сиріт та інших уразливих дітей (СУД) в зв'язку з ВІЛ або СНІДом.

Проте, в Україні є національна політика та достатня законодавча база, спрямована на боротьбу з соціальним сирітством, складовою якої є державний захист та допомога, в тому числі дітям, ураженим ВІЛ.

- Закон України «Про охорону дитинства» (2001 р.), де є визначення таких понять, як «дитина-сирота», «діти, позбавлені батьківського піклування», «дитина-інвалід», «безпритульні діти». Ст. 29 цього Закону присвячена державній допомозі дітям, ураженим ВІЛ-інфекцією та хворим на інші невиліковні та тяжкі хвороби;
- Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» (2005 р.);
- Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю» (2001 р.). У 2007 р. до цього Закону внесені певні зміни, які стосуються в тому числі ВІЛ-інфікованих дітей та дітей-сиріт;
- Державна програма «Подолання дитячої безпритульності і бездоглядності на 2006-2010 рр.», що спрямована, в тому числі, на профілактику наркоманії серед дітей груп ризику, включаючи «дітей вулиці».

Крім цього, у 2006 р. в Україні запроваджено єдиний електронний банк даних на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Станом на липень 2007 р. до цього банку даних входить 47212 дітей, що є групами підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування, тобто дітей, які опинилися в складних життєвих обставинах.

Зараз в Україні активно вирішується питання щодо національного всиновлення дітей-сиріт, в тому числі, ВІЛ-інфікованих: проводиться інформаційно-просвітницька кампанія, розробляються відповідні правові документи тощо.

Незважаючи на зусилля держави, в Україні гостро стоїть проблема так званих «дітей вулиці», які є однією з груп, уразливих до ВІЛ-інфікування:

- не існує даних щодо чисельності цієї цільової групи;
- недостатньо вивчені основні фактори ризику для цих дітей;
- недостатньо уваги приділяється профілактичній роботі з цими дітьми.

У 2006-2007 рр. розпочалася підготовча робота щодо проведення національного дослідження з метою вивчення цих питань. Створено спеціальну робочу групу, до якої входять представники міжнародних, всеукраїнських НУО, державних установ та дослідницьких інститутів тощо.

◆ **Описова частина до розділів А.IV. та В. IV. Лікування, догляд та підтримка**

Порівняно з 2003-2005 рр. протягом 2006-2007 рр. можна визначити такі основні зони, де спостерігається прогрес щодо лікування, догляду та підтримки ЛЖВ:

- Значно розширилися послуги щодо АРВ-терапії. Станом на кінець листопада 2007 р. на АРВ-терапії за кошти державного бюджету перебували 1993 пацієнти, за кошти Глобального фонду – 5019 (для порівняння, станом на жовтень 2005 р. за кошти державного бюджету АРВ-терапію проходили 159 ВІЛ-інфікованих, Глобального фонду – 2601). Станом на 1 січня 2008 р. на АРВ- терапії перебувають 7657 пацієнтів, з них за кошти державного бюджету – 2389 пацієнтів, а за кошти Глобального фонду – 5268 пацієнтів.
- Збільшується кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримують курс АРВ-терапії як профілактику вертикальної трансмісії. З початку реалізації Програми, що підтримана Глобальним фондом, таку терапію отримали 6473 жінки.
- Збільшується кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримують замісну підтримувальну терапію. Станом на листопад 2007 р. ЗПТ отримують 536 СН. Завдяки адвокаційній діяльності МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ, та інших партнерів, Комітетом контролю за наркотиками за попереднім погодженням зі Службою безпеки України виданий сертифікат на ввезення в Україну лікарського наркотичного препарату «Метадон», що стимулюватиме кардинальне розширення програм замісної підтримуючої терапії у 2008 р.
- Розроблені, затверджені та запроваджені:
 - ♦ Протокол добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (Затверджений Наказом МОЗ №415 від 19.08.05 р.),
 - ♦ Клінічний протокол антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію (затверджений Наказом МОЗ №182 від 13.04.07 р.),
 - ♦ Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій та загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків (затверджений Наказом МОЗ №182 від 13.04.07 р.),
 - ♦ Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію (затверджений Наказом МОЗ № 368 від 03.07.07 р.),
 - ♦ Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції дорослих та підлітків (затверджений Наказом МОЗ №658 від 04.10.06 р.),
 - ♦ Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей (затверджений Наказом МОЗ № 182 від 13.04.07 р.).
- Наказом МОЗ України від 27.01.06 р. №5 створено Центр для лікування ВІЛ-інфікованих дітей на базі Української дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».

- При Українському Центрі профілактики та боротьби зі СНІДом створено референс-лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу (Наказ МОЗ України № 230 від 17.04.06 р. «Про створення Референс-лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу при Українському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом»).
- Завдяки діяльності, що здійснюється в рамках гранту Глобального фонду, ширшають послуги з лікування опортуністичних інфекцій, включаючи герпес, цитомегаловірусну інфекцію, бактеріальні інфекції, пневмоцистну пневмонію тощо.
- Розширюється регіональне охоплення ВІЛ-позитивних осіб та представників груп підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування послугами з догляду та підтримки. Такі послуги надаються як державними (центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді) так і недержавними організаціями (Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, ВІЛ-сервісні НУО, Українське товариство Червоного Хреста). Основними компонентами немедичного догляду та підтримки є: супровід програм профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, центри комплексної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям, ЛЖВ та представникам уразливих груп (громадські центри НУО, центри денного перебування ВІЛ-інфікованих дітей), догляд та підтримка в тюрмах, догляд на дому (медичний та немедичний), соціальний супровід родин, де є ВІЛ-інфіковані члени тощо.
- Розширюється мережа спеціалізованих закладів соціального обслуговування для окремих цільових груп. Так, у структурі Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту діє мережа центрів соціальних служб. При цих центрах соціальних служб станом на 27.09.2007 року в Україні створено та почали діяти 15 соціальних гуртожитків для молоді віком від 15 до 23 років, 11 соціальних центрів матері та дитини (у віці від народження до 18 місяців), які опинилися в складних життєвих обставинах, 6 центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді. У складі Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту діє мережа з 96 регіональних притулків для неповнолітніх, а також мережа з 44 центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» (станом на 1 серпня 2007 р.).
- З 2007 р. у структурі Міністерства праці та соціальної політики України діє мережа закладів соціального захисту для бездомних громадян та осіб, звільнених з місць позбавлення волі, в яких надаються консультативні, соціальні та медичні послуги, пов'язані з профілактикою ВІЛ/ІПСШ тощо.
- За підтримки ЮНІСЕФ Міністерство охорони здоров'я України спільно з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту та Державною соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді розвиває мережу клінік, дружніх до молоді, де надаються консультативні, соціальні та медичні послуги підліткам та молоді щодо аспектів репродуктивного здоров'я, інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІДу тощо.

V. МОНИТОРИНГ І ОЦІНКА

1. Чи існує в країні єдиний національний план з моніторингу і оцінки (МіО)?

Так	Період охоплення (роки): (вписати)	Розробляється	Ні
-----	------------------------------------	---------------	----

1.1. Якщо «Так», чи був він затверджений ключовими партнерами, які беруть участь в МіО?

Так	Ні
-----	----

1.2. Якщо «Так», чи був план з МіО розроблений за участю громадянського суспільства, включаючи людей, які живуть з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

1.3. Якщо «Так», чи узгодили ключові партнери свої вимоги щодо МіО (в тому числі, показники) з національним планом МіО?

Так, всі партнери	Так, більшість партнерів	Так, але тільки деякі партнери	Ні
-------------------	--------------------------	--------------------------------	----

2. Чи включає план з моніторингу та оцінки:

Стратегію збору та аналізу даних	Так	Ні
Епіднагляд за поведінкою	Так	Ні
Епіднагляд за ВІЛ	Так	Ні
Чітко визначений стандартний набір показників	Так	Ні
Керівні принципи щодо використання інструментів для збору даних	Так	Ні
Стратегію для оцінки якості та точності даних	Так	Ні
Стратегію розповсюдження та використання даних	Так	Ні

3. Чи існує бюджет для плану з МіО?

Так	Період охоплення (роки): (вписати)	Розробляється	Ні
-----	------------------------------------	---------------	----

3.1. Якщо «Так», чи забезпечене фінансування?

Так	Ні
-----	----

4. Чи існує функціональний підрозділ або відділ МіО?

Так	Створюється	Ні
-----	-------------	----

4.1. Якщо «Так», де функціонує підрозділ чи відділ з МіО?

В НКРУ або еквівалентній структурі	Так	Ні
В Міністерстві охорони здоров'я	Так	Ні
В інших місцях (напишіть)	Так	Ні

4.2. Якщо «Так», скільки та якого постійного і тимчасового персоналу – із категорії спеціалістів – працює у підрозділі або відділі МіО?

Чисельність постійних працівників _____ осіб		
Посада (напишіть):	Повна/неповна ставка	З якого часу?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Чисельність тимчасових працівників _____ осіб

4.3. Чи існує механізм, який забезпечує передачу всіма основними партнерами-виконавцями їхніх даних/звітів в цей підрозділ або відділ МіО для аналізу та обліку в національних доповідях країни?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», чи працює цей механізм? Які основні проблеми?

4.4. Якщо «Так», якою мірою їхні результати з МіО використовуються ООН, двосторонніми організаціями та іншими закладами?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

5. Чи існує комітет або робоча група з МіО, які проводять регулярні засідання для координації заходів з МіО?

Ні	Так, але засідає нерегулярно	Так, засідає регулярно
----	------------------------------	------------------------

Якщо «Так», вкажіть дату останнього засідання: 26.12.07 р.

5.3. Чи входять до нього представники громадянського суспільства, включаючи людей, які живуть з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», опишіть роль представників громадянського суспільства та людей, які живуть з ВІЛ, в цій групі.

Представники громадянського суспільства відіграють в робочій групі з МіО дуже функціональні ролі, а саме:

- лобювання створення національного центру з МіО, як стратегічно важливої для ЛЖВ та НУО структури, яка є запорукою ефективної відповіді на епідемію;
- участь в обговоренні планів та заходів з МіО;
- участь в обговоренні проектів документів, інструментарію та результатів досліджень;

участь в плануванні досліджень тощо.

6. Чи веде підрозділ/відділ з МіО центральну національну базу даних?

Так	Ні
-----	----

6.1. Якщо «Так», то якого типу? (напишіть) _____

6.2. Якщо «Так», чи включає вона інформацію щодо змісту, цільових груп та географічного охоплення програмних заходів, а також щодо організацій-виконавців?

Так

Ні

6.3. Чи існує функціональна (що забезпечує регулярне представлення даних, які збираються в закладах охорони здоров'я на районному рівні, далі – на національний рівень, а також аналіз та використання даних на різних рівнях) інформаційна система з охорони здоров'я?

На національному рівні	Так
На субнаціональному рівні	Так
Якщо «Так», на якому рівні (напишіть)	24 області, Автономна Республіка Крим, м. Севастополь та Київ

6.4. Чи публікує країна хоча б раз на рік звіт з МіО заходів з ВІЛ, включаючи звіти щодо епіднагляду за ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

7. Якою мірою інформація з МіО використовується в плануванні та реалізації?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

Приклади використання даних:

Дані МіО використовуються, в основному, недержавними, міжнародними та донорськими організаціями.

Основні приклади:

1. Оціночні дані щодо чисельності вразливих груп та прогнозні дані, а також дані щодо їх охоплення, епідеміологічні та поведінкові дані використовувалися при підготовці пропозиції країни до Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією для продовження фінансування.

2. МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», як основний розпорядник коштів Глобального фонду, використовує дані МіО для:

- розширення своїх профілактичних програм, включаючи АРТ на всі регіони України,
- розподіл коштів на профілактику серед уразливих груп для різних областей, регіонів України,
- збільшення охоплення цільових груп програмами,
- впровадження нових профілактичних програм,
- корегування впровадження програм, які фінансуються донорами тощо.

3. Недержавні організації використовують епідеміологічні та поведінкові дані, дані щодо охоплення цільових груп в регіоні, дані щодо чисельності цільових груп в регіоні для підготовки нових профілактичних програм на регіональному рівні, пропозицій на конкурси щодо фінансування таких програм.

4. Державні, міжнародні та донорські організації використовують дані щодо впровадження та охоплення профілактикою вертикальної передачі ВІЛ для використання нових схем такої профілактики.

5. Державні, міжнародні та донорські організації використовують дані щодо діагностики ВІЛ для впровадження нових поколінь тест-систем для донорства та тестування населення тощо.

Основні проблеми при використанні даних:

Загалом, в Україні збирається набагато більше інформації, ніж використовується. Це відбувається через:

- брак розуміння з боку чиновників, що приймають рішення з питань ВІЛ/СНІДу, щодо важливості МіО та використання їх результатів;
- не існує практики комплексного використання даних МіО для стратегічного планування відповіді країни на епідемію;
- неузгодженість систем МіО окремих організацій та установ, що напямую залежать від вимог донорів, та неможливість порівнювати отримані дані;
- відсутність деяких статистичних, оціночних або прогнозних даних (наприклад, чисельність дітей вулиці, які є групою високого ризику інфікування ВІЛ тощо).

8. Чи проводилося в минулому році навчання з питань МіО

На національному рівні	Так	Ні
Якщо «Так», кількість навчених: 100 осіб* + 40 осіб** + 50 осіб*** = 190 осіб		
На регіональному рівні	Так	Ні
Якщо «Так», кількість навчених: 300 осіб*		
За участю громадянського суспільства	Так	Ні
Якщо «Так», кількість навчених: 140 осіб*		

* Результати діяльності МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» за 2006 р.

** Результати діяльності ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» в рамках тренінгів з управління грантами за 2006 р.

*** Результати навчання працівників центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді за 2006 р., що проводилося Державною соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді.

Загалом, як би Ви оцінили зусилля з МіО програми зі СНІДу в 2005 та 2007 рр.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ Коментарі щодо прогресу після 2005 р.

Основними змінами порівняно з 2005 р. в сфері МіО в Україні є:

- визначення чисельності груп високого ризику інфікування ВІЛ (СІН, РКС, ЧСЧ), а також людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом;
- проведення оцінки соціально-економічних наслідків епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на період до 2014 р.;
- проведення зовнішньої оцінки відповіді країни на епідемію ВІЛ. Оцінювання проводили понад 30 міжнародних експертів. Оцінка мала комплексний характер та охоплювала такі основні сфери: координація та управління заходами національної програми, міжгалузеві зв'язки та інституалізація, профілактика, діагностика, лікування, догляд та підтримка, моніторинг та оцінка тощо. Результати даного оцінювання допоможуть у розробці нової національної програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, а також в доопрацюванні програм технічної допомоги з боку агенцій ООН та національного плану моніторингу та оцінки;

- деякі міністерства та відомства (наприклад, Міністерство України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерство оборони України, Міністерство освіти та науки України, Державний департамент України з питань виконання покарань) усвідомили свою відповідальну роль у розбудові національної системи МіО, а також значимість використання стратегічних даних в своїй діяльності, навчання фахівців тощо;
- в окремих регіонах України створені та працюють обласні робочі групи з МіО або обласні центри МіО;
- активно проводиться навчання фахівців на національному та регіональному рівнях.

◆ Описова частина до розділу A.V. Моніторинг та оцінка⁸³

Дотепер в Україні не існує Національного центру моніторингу та оцінки. Відповідно до мети та завдань Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, очікується, що Центр МіО буде перебувати в його складі. Проте, зараз в Україні йде активний процес створення національної системи МіО. До цього процесу залучені усі ключові учасники, що є основними інституціями, відповідальними за збір даних на національному та регіональному рівнях. Зараз система моніторингу та оцінки в Україні включає наступні компоненти:

- рутинний епіднадгляд шляхом реєстрації випадків ВІЛ-інфекції;
- дозорний епіднадгляд за поширенням ВІЛ в окремих групах населення;
- поведінкові, спеціальні, операційні дослідження;
- статистична звітність відомств тощо.

У процесі розроблення перебуває і проміжний національний план з моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІД на 2008 р., який буде охоплювати стратегію збору та аналізу даних, епіднадгляд за поведінкою, епіднадгляд за ВІЛ, стандартний набір показників, інструментарій їх збору, а також стратегію поширення та використання даних.

Незважаючи на відсутність Центру моніторингу та оцінки, збір даних на рівні країни здійснюється. Основними інституціями, що відповідають за збір даних на національному рівні, є Міністерство охорони здоров'я України зі своїми структурними підрозділами, Український центр профілактики та боротьби зі СНІД тощо. Крім цього, у процесі збору даних щодо виконання національної програми з профілактики ВІЛ беруть участь:

На національному рівні

- ключові міністерства;
- представництво ЮНЕЙДС в Україні;
- МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»;
- міжнародні та донорські організації;
- національні НУО, які реалізують/координують програми з профілактики, догляду та підтримки на національному рівні;
- дослідницькі інститути, які безпосередньо залучені до проведення досліджень, спрямованих на збір даних за національними показниками, спеціальних, операційних досліджень та для звітування щодо виконання положень ССГАООН.

На регіональному (обласному рівні):

- обласні державні адміністрації;
- регіональні координаційні ради з питань ВІЛ/СНІДу (РКР);
- обласні робочі групи з МіО;

⁸³ Для написання даного розділу використовувалися матеріали Проекту Проміжного національного плану з моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІД на період 2007-2008 рр., що розроблений національними експертами

- обласні центри МіО;
- обласні управління/відділи держадміністрацій, які водночас є обласними структурними підрозділами профільних міністерств;
- обласні центри профілактики та боротьби зі СНІДом;
- регіональні НДО.

Координує цю діяльність Робоча група з моніторингу та оцінки ВІЛ/СНІД в Україні при Національній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Її було створено у квітні 2007 р. з метою забезпечення технічної підтримки, координації планів та дій з моніторингу і оцінки в галузі ВІЛ/СНІД з метою розвитку єдиної національної системи моніторингу та оцінки. В діяльності робочої групи можуть брати участь представники органів, установ та організацій, які займаються питаннями ВІЛ/СНІД в Україні, включаючи національні органи та організації (міністерства, відомства, дослідницькі установи, національні громадські організації, а також люди, які живуть з ВІЛ тощо), міжнародні органи, агенції та організації (донорські агенції, технічні партнери, включаючи агенції ООН, міжнародні неурядові організації тощо). Учасники робочої групи працюють в ній на громадських засадах.

Усі ключові національні учасники задіяні у процесі відбору та розробки переліку національних показників, який складається з 26 позицій. Перелік національних показників узгоджений з усіма ключовими виконавцями та затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 280 від 17.05.2006 р. З них до показників процесу належать 22, до оцінки наслідків – 4. Крім цього, Департаментом України з питань виконання покарань, Міністерством оборони України, Міністерством освіти та науки України, Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту розроблено та впроваджено відомчі показники, що забезпечують регулярний збір більш детальної інформації на рівні відомства.

Протягом 2006-2007 рр. в Україні активно проводилося навчання з МіО на національному та регіональному рівнях, в тому числі – із залученням представників громадянського суспільства та ЛЖВ. Таку роботу проводили: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» в рамках тренінгів з управління грантами, проект «Визначення політики з питань здоров'я», що фінансується Агентством США з міжнародного розвитку (USAID), Державна соціальна служба для сім'ї, дітей та молоді тощо.

Існуючий механізм та схема збору даних з МіО на регіональному та національному рівнях

Сьогодні в Україні одночасно існують кілька механізмів збору даних з МіО та передачі їх на аналіз і збереження.

Збір даних щодо виконання Національної програми з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЛЖВС здійснюється всіма профільними міністерствами, міжнародними та українськими НУО. Регіональні структурні підрозділи профільних міністерств збирають дані про виконання програми та передають їх у своє міністерство в спеціальному форматі, розробленому кожним окремим міністерством. Зібрані міністерствами дані надходять до Міністерства охорони здоров'я України (з вересня 2007 р. – до Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам), а потім виносяться на розгляд Національної координаційної ради. Регіональні НУО збирають дані в іншому форматі, розробленому міжнародними та донорськими організаціями, які є грантодавцями. Міжнародні та донорські організації звітують за свої проекти або програми в рамках Національної програми перед Міністерством охорони здоров'я України (з вересня 2007 р. – Комітетом з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам), а той, в свою чергу, – перед Національною координаційною радою.

Водночас, регіональні структурні підрозділи профільних міністерств, а також НУО збирають дані з МіО, використовуючи інший формат, та передають їх до Обласної координаційної ради. ОКР, в свою чергу, передає ці дані до Національної координаційної ради.

Як правило, формат та показники, за якими збираються та звітуються дані з МіО у першому та другому випадках, відрізняються, що спричинює плутанину та дублювання даних. Не існує зв'язку між даними, зібраними першим та другим шляхом. Не існує зворотного зв'язку між національним та регіональним рівнем, тобто обласні координаційні ради не отримують інформації з МіО від Національної координаційної ради. Те саме стосується профільних міністерств та їхніх регіональних структурних підрозділів.

Крім цього, в профільних міністерствах існують відомчі показники та обов'язкові статистичні дані (що збираються та звітуються до Державного комітету статистики України), які можуть також відрізнятися від показників щодо виконання Національної програми.

Все це робить такий механізм звітування нечітким, розмитим, таким, що має кілька паралельних потоків незв'язаної і не узгодженої між собою інформації.

Таким чином, в існуючому механізмі є кілька очевидних недоліків:

- У схемі не існує Національного центру МіО;
- Міністерство охорони здоров'я України виступає посередником у схемах звітування за даними інших міністерств центрального рівня, що ускладнює процес прозорості, повноти та своєчасності отримання, аналізу і використання даних;
- Формат звітування та подання зібраних даних до різних установ часто відрізняється, що унеможлиблює порівняння даних;
- Відсутня координація щодо збору, аналізу та використання даних, як на національному, так і на регіональному рівнях;
- Існуючий механізм збору та аналізу даних МіО піддається ризику дублювання даних, які надсилаються на обласний та національний рівень деякими установами МіО;
- Відсутній обмін інформацією, даними між Національною радою з питань туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та обласними координаційними радами, а також між відомствами;
- Частка зібраних даних не використовується жодним чином;
- Не існує практики комплексного використання зібраних даних, як стратегічної інформації під час планування програм і проектів, прогнозування бюджету, ресурсів тощо.

З огляду на все зазначене, для створення ефективної національної системи МіО слід вирішити наступні питання:

- підсилення центральної координації заходів з МіО шляхом створення та підтримки повноцінно функціонального Національного центру МіО;
- розроблення узгодженої системи національних, секторальних та відомчих показників МіО із чітко визначеним механізмом та форматом звітності;
- чітке визначення повноважень і механізмів звітності та розповсюдження потоків даних серед ключових зацікавлених сторін в Україні, які беруть активну участь у створенні Національної системи моніторингу та оцінки.

Допомогти у вирішенні цих проблем мають і результати зовнішньої оцінки відповіді країни на епідемію, яка була зроблена в Україні на прохання уряду (листопад-грудень 2007 р.). Така оцінка проводилася вперше у світі. Її здійснювали понад 30 міжнародних експертів. Оцінка мала комплексний характер та охоплювала такі основні сфери: координація та управління заходами національної програми, міжгалузеві зв'язки та інституалізація, профілактика, діагностика, лікування, догляд та підтримка, моніторинг та оцінка тощо. Результати даної оцінки допоможуть у розробці нової національної програми профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, а також в доопрацюванні програм технічної допомоги з боку агенцій ООН і національного плану моніторингу та оцінки.

I. ПРАВА ЛЮДИНИ

1. Чи існують в країні закони та положення, що захищають людей, які живуть з ВІЛ, від дискримінації (наприклад, загальні положення, спрямовані проти дискримінації, або положення, що стосуються конкретно ВІЛ, спрямовані на шкільну освіту, надання житлових умов, працевлаштування, медичну допомогу тощо)?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», вкажіть:

Загалом законодавство України не містить дискримінаційних положень щодо людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Основним Законом, що декларує гарантії та права людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, в певних сферах суспільного життя, є Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», прийнятий у 1991 р. З тих пір було прийнято кілька змін до даного Закону (у 1998 та 2001 рр.). Крім цього, існує ряд нормативно-розпорядчих документів галузевих міністерств та відомств, в яких містяться окремі положення про захист прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом.

2. Чи існують в країні закони або положення, спрямовані проти дискримінації, які обумовлюють захист уразливих підгруп населення?

Так	Ні
-----	----

2.1. Якщо «Так», то для яких саме підгруп населення?

Жінки	Так	Ні
Молоді люди	Так	Ні
СІН	Так	Ні
ЧСЧ	Так	Ні
Робітники секс-бізнесу	Так	Ні
Засуджені	Так	Ні
Мігранти/мобільне населення	Так	Ні
Інші (впишіть) Інваліди, пенсіонери	Так	Ні

Якщо «Так», коротко поясніть, які існують механізми для забезпечення реалізації тих законів та положень:

Порушення прав жінок, дітей, інвалідів, пенсіонерів (не в контексті ВІЛ/СНІД) можуть бути захищені в досудовому порядку (шляхом звернення до міліції, прокуратори тощо) або безпосередньо в судовому порядку.

Якщо «Так», опишіть системи судового захисту, які існують, щоб забезпечити досягнення законами своєї мети.

В Україні можуть використовуватися:

- створення кількох успішних прецедентів за найбільш типовими випадками порушення прав уразливих груп;
- практика звертання до Європейського суду з прав людини;
- звернення до омбудсмена;
- наявність відповідних роз'яснень Пленуму Верховного суду України (Україна поки що не має роз'яснень з приводу справ, пов'язаних з порушенням прав людини у контексті ВІЛ);
- поширення інформації щодо успішних прецедентів через ЗМІ серед населення;
- надання безкоштовної правової допомоги потерпілим;
- адвокаційна та правозахисна діяльність НУО.

3. Чи існують в країні закони та положення, які є бар'єрами для проведення ефективної профілактики, лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ для вразливих підгруп населення?

Так	Ні
-----	----

3.1. Якщо «Так», то для яких саме підгруп населення?

Жінки	Так	Ні
Молоді люди	Так	Ні
СІН	Так	Ні
ЧСЧ	Так	Ні
Робітники секс-бізнесу	Так	Ні
Засуджені	Так	Ні
Мігранти/мобільне населення	Так	Ні
Інші (впишіть)	Так	Ні

Якщо «Так», коротко опишіть зміст цих законів, положень та політики і які саме бар'єри вони створюють:

В Україні існує неадекватно жорстке законодавство щодо питань протидії незаконному обігу наркотичних речовин, що в свою чергу перешкоджає ефективній профілактиці ВІЛ серед наркозалежних. Насамперед, це облік наркозалежних в правоохоронних органах та медичних закладах, кримінальна відповідальність за зберігання невеликої кількості наркотиків для власного вживання тощо.

Заміну кримінальної відповідальності за заняття проституцією на адміністративну в Україні можна вважати значним досягненням щодо захисту прав людини. Проте, недосконалість українського законодавства в цих питаннях створює проблеми в профілактиці ВІЛ-інфікування серед робітників секс-бізнесу та породжує підстави для зловживань серед

представників правоохоронних органів. Серед таких зловживань представники українських НДО називають: насильство, незаконні арешти, жорстоке поводження з РКС тощо.

Крім цього, на думку представників НДО, вимога Наказу МОЗ України щодо підписання людьми, в яких підтверджено ВІЛ-позитивний діагноз, спеціальної форми про ознайомлення з кримінальною відповідальністю, не відповідає міжнародним рекомендаціям ООН щодо ВІЛ/СНІД та захисту прав людини. Крім цього, ця вимога – головна причина відмови людей від тестування на ВІЛ та отримання його результатів тощо.

4. Чи чітко визначені питання пропаганди та захисту прав людини в якій-небудь політиці чи стратегії з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

5. Чи існує механізм для обліку та розгляду випадків дискримінації щодо людей, які живуть з ВІЛ, та/або груп населення, яким загрожує найвищий ризик?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», коротко опишіть цей механізм:

Такий механізм нічим не відрізняється від механізму розгляду інших випадків дискримінації: звернення до міліції, прокуратури, суду. Жодних спеціальних процедур для ЛЖВ або вразливих груп в Україні не існує.

6. Чи залучає уряд – за рахунок політичної чи фінансової підтримки – групи населення, яким загрожує найвищий ризик, до процесу розробки урядової політики з ВІЛ та реалізації програм?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», коротко опишіть кілька прикладів:

Представники ЛЖВ-спільноти та ВІЛ-сервісних організацій, які представляють інтереси вразливих груп населення, залучалися урядом України практично на всіх рівнях розробки та внесення змін до діючого законодавства України та державної політики в цілому. Наприклад, до експертних груп щодо розробки змін до Законів України, а також наказів Міністерства охорони здоров'я, які стосуються лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, експертної групи щодо замісної терапії.

7. Чи існує в країні політика, що забезпечує безкоштовний доступ до наступних послуг:

Послуги з профілактики ВІЛ	Так	Ні
Антиретровірусне лікування	Так	Ні
Заходи щодо догляду та підтримки в зв'язку з ВІЛ	Так	Ні

Якщо «Так», враховуючи обмеженість ресурсів, коротко опишіть дії з реалізації цієї політики:

- НУО надають профілактичні послуги за допомогою мобільних, стаціонарних та вуличних пунктів, а також аутріч-роботи. За рахунок коштів донорів (насамперед, коштів Глобального фонду) закупаються ліки та медичні препарати, що допомагає розширювати географію та охоплення цільових груп антиретровірусним лікуванням, замісною підтримувальною терапією, а також збільшувати кількість проектів НУО, що надають послуги з догляду та підтримки ЛЖВ.
- У 2006 р. з державного бюджету місцевим бюджетам виділено 9 млн. грн. на створення нових служб для надання соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків і членам їхніх родин, а також для проведення інформаційно-просвітницьких заходів щодо профілактики наркоманії та ВІЛ/СНІДу державними центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (Постанова Кабінету Міністрів України № 318 «Про затвердження Порядку використання у 2006 р. субвенцій з державного бюджету місцевим бюджетам для надання соціальних послуг споживачам ін'єкційних наркотиків і членам їх сімей»).
- За рахунок державного бюджету поширюється мережа спеціалізованих закладів соціального обслуговування для окремих цільових груп. Так, в структурі Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту діє мережа центрів соціальних служб. При цих центрах соціальних служб станом на 27.09.2007 року в Україні створено та почали діяти 15 соціальних гуртожитків для молоді віком від 15 до 23 років, 11 соціальних центрів матері та дитини (у віці від народження до 18 місяців), які опинилися в складних життєвих обставинах, 6 центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді. Крім цього, у складі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді працює мережа спеціалізованих служб роботи з ін'єкційними споживачами наркотиків. Зараз до мережі входять вже 215 служб в усіх регіонах України. Частина служб створена за рахунок субвенції з Державного бюджету в 2006 р. У складі Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту діє мережа з 96 регіональних притулків для неповнолітніх, а також мережа з 44 центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» (станом на 1 серпня 2007 р.).

8. Чи існує в країні політика, що забезпечує рівноправний доступ чоловіків та жінок до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки? Зокрема, для забезпечення доступу жінок, окрім послуг, які надаються під час вагітності та пологів?

Так	Ні
-----	----

9. Чи існує в країні політика, що забезпечує рівноправний доступ груп населення, яким загрожує найвищий ризик, до послуг з профілактики, лікування, догляду та підтримки?

Так	Ні
-----	----

9.1. Чи існують розбіжності в підходах до різних груп населення, яким загрожує найвищий ризик?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», коротко поясніть ці розбіжності:

В Україні з боку населення та деякої частини політикуму, держчиновників та фахівців існує ставлення до представників уразливих до ВІЛ-інфікування груп (насамперед, СІН та ЖКС), як до маргінальної групи, злочинців, правопорушників тощо. Саме таке ставлення зумовлює недостатній доступ цільових груп до профілактики, лікування, догляду та підтримки через брак коштів на проекти, що працюють з такими цільовими групами, відмову в наданні послуг цільовим групам тощо.

Нетолерантне ставлення до ЧСЧ, а значить, і недоступність для них послуг, зумовлені ставленням до ЧСЧ, як до людей з патологічними відхиленнями у психіці.

10. Чи існує в країні політика, що забороняє скринінг на ВІЛ у зв'язку з працевлаштуванням взагалі (прийом на роботу, призначення на посаду/переміщення по службі, просування по службі, навчання, припинення контракту тощо)?

Так	Ні
-----	----

11. Чи існує в країні політика, яка забезпечує аналіз протоколів проведення наукових досліджень у зв'язку зі СНІДом за участю людей та затвердження цих протоколів національною/місцевою радою з етики?

Так	Ні
-----	----

11.1. Якщо «Так», чи входять до комітету з етики представники громадянського суспільства та люди, які живуть з ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», то опишіть ефективність роботи такого комітету:

12. Чи існують в країні наступні механізми моніторингу та правочинства в галузі прав людини?

Наявність незалежних національних закладів для пропаганди та захисту прав людини, включаючи комісії з прав людини, комісії з реформи законодавства, незалежних спостерігачів та омбудсменів, які займаються питаннями, що пов'язані з ВІЛ, в рамках своєї роботи

Так	Ні
-----	----

Координаційні центри в державних департаментах з охорони здоров'я та в інших департаментах для моніторингу за порушенням прав людини та дискримінацією у зв'язку з ВІЛ в таких сферах, як житло та працевлаштування

Так	Ні
-----	----

Показники виконання чи контрольні показники для перевірки

А) відповідності стандартам в галузі прав людини в контексті дій у зв'язку з ВІЛ

Так	Ні
-----	----

Б) зниження рівня стигми та дискримінації у зв'язку з ВІЛ

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так» (на будь-яке з наведених запитань), то опишіть кілька прикладів:

13. Чи було проведене навчання/інформаційна робота серед працівників судової системи (включаючи суди щодо трудових спорів/працевлаштування) з питань прав людини в зв'язку з ВІЛ/СНІДом, які можуть виникати в контексті їхньої роботи?

Так	Ні
-----	----

14. Чи існують у країні наступні служби щодо надання правового захисту?

Системи правового захисту в рамках роботи щодо вивчення матеріалів судових справ, пов'язаних з ВІЛ та СНІДом

Так	Ні
-----	----

Приватні юридичні фірми або університетські центри для надання безкоштовних юридичних послуг людям, які живуть з ВІЛ, або послуг за зниженими цінами

Так	Ні
-----	----

Програми просвіти та підвищення рівня поінформованості людей, які живуть з ВІЛ, щодо їхніх прав

Так	Ні
-----	----

15. Чи існують програми, спрямовані на подолання дискримінації та стигматизації з боку суспільства у зв'язку зі СНІДом, та на забезпечення розуміння і прийняття?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», то які види програм?

Засоби інформації	Так	Ні
Шкільне навчання	Так	Ні
Постійні виступи відомих людей	Так	Ні
Інше (напишіть) Програми, які реалізуються НУО за кошти міжнародних донорів	Так	Ні

Загалом, як би Ви оцінили існуючу політику, закони, положення, спрямовані на пропаганду та захист прав людини у зв'язку з ВІЛ та СНІДом в 2007 та 2005 рр.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ Коментарі щодо прогресу після 2005 р.:

Ситуація не погіршилася, але і кардинальних змін в Україні не відбулося. Проте, є ряд надбань:

- 12 грудня 2007 р. прийнятий Указ Президента України № 1208/2007 «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні», в якому визначені конкретні відповідальні установи та першочергові кроки щодо покращання доступу представників уразливих груп до послуг, а також щодо захисту їхніх прав;
- Розроблена, затверджена та запроваджена Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.
- Комітетом контролю за наркотиками за попереднім погодженням зі Службою безпеки України виданий сертифікат на ввезення в Україну лікарського наркотичного препарату «Метадон», що стимулюватиме кардинальне розширення програм замісної підтримуючої терапії у 2008 р.

Загалом, як би ви оцінили зусилля, спрямовані на впровадження існуючої політики, законів та положень в 2007 та 2005 рр.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ Коментарі щодо прогресу після 2005 р.:

- прийнято ряд нормативно-правових актів, які дещо покращили становище уразливих груп;
- при органах виконавчої влади створюються громадські консультаційні ради, які впливають на їхню діяльність;
- за рахунок збільшення донорського фінансування збільшується кількість адвокатських та правозахисних проектів;
- є кілька успішних прецедентів відновлення порушених прав ЛЖВ та представників цільових груп.

◆ Описова частина до розділу В.І. Права людини

В цілому законодавство України щодо ВІЛ/СНІДу є достатньо прогресивним і відповідає міжнародним вимогам. Так, згідно з Конституцією України⁸⁵ та статтею 2-1 Кодексу законів про працю України⁸⁶ констатується рівність прав, в тому числі трудових, усіх громадян незалежно від походження, соціального і майнового стану, расової і національної приналежності, статі, мови, політичних поглядів, релігійних переконань, роду і характеру занять, місця проживання і інших обставин. Крім цього, Закон України № 2866-IV від 8.09.05 р. «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок та чоловіків» проголошує рівність прав та можливостей жінок і чоловіків, в тому числі щодо охорони праці і здоров'я.

Загалом законодавство України не містить дискримінаційних положень щодо людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Основний Закон, що декларує гарантії та права людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, в певних сферах суспільного життя називається Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», прийнятий у 1991 р. З тих пір було прийнято кілька змін до даного Закону (у 1998 і 2001 рр.). Крім цього, існують ряд нормативно-розпорядчих документів галузевих міністерств та відомств, в яких містяться окремі положення щодо захисту прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. Проте, вони мають несистемний характер.

Незважаючи на це, дослідження, проведені в Україні, фіксують порушення прав ВІЛ-позитивних людей та факти їхньої дискримінації. Серед порушень часто згадуються відмова в медичній допомозі або надання незадовільної допомоги, відмова у прийнятті на роботу або звільнення з роботи, відмова в прийнятті дитини до освітнього закладу, порушення конфіденційності (розголошення діагнозу), примушення вагітних ВІЛ-інфікованих жінок зробити аборт тощо.

Крім цього, на думку представників НДО, вимога законодавства України про підписання людьми, яким підтверджено ВІЛ-позитивний діагноз, ознайомлення з кримінальною відповідальністю, не відповідає міжнародним рекомендаціям ООН щодо ВІЛ/СНІД та захисту прав людини. До того ж, ця вимога – головна причина відмови людей від тестування на ВІЛ, підтвердження результатів тестування тощо.

Є численні факти порушення прав СН, які є ВІЛ-інфікованими: випадки конфіскації представниками міліції АРВ-препаратів під час арешту, побиття, жорстоке поведіння тощо.

⁸⁵ Конституція України. Закон №888-09, редакція від 28.06.1996/Пошукова система: «Верховна Рада України. Законодавство»// zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi.

⁸⁶ Кодекс законів про працю України, № 322-08, редакція від 18.11.2004/Пошукова система: «Верховна Рада України. Законодавство»// zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi.

Ці факти підтверджують і представники недержавних організацій, які брали участь в опитуванні щодо дотримання прав людини під час підготовки комбінованого національного індексу.

Крім цього, слід зазначити, що в Україні не існує нормативно-правової бази, яка б захищала права представників уразливих щодо ВІЛ-інфікування груп населення, а саме споживачів ін'єкційних наркотиків, жінок секс-бізнесу, чоловіків, які мають секс з чоловіками тощо. Навпаки, на думку представників недержавних організацій, в Україні існує неадекватно жорстке законодавство з питань протидії незаконному обігу наркотичних речовин, що в свою чергу перешкоджає ефективній профілактиці ВІЛ серед наркозалежних. Насамперед, це їх облік в правоохоронних органах та медичних закладах, кримінальна відповідальність за зберігання невеликої кількості наркотиків для власного вживання тощо.

Заміну кримінальної відповідальності за заняття проституцією на адміністративну в Україні можна вважати значним досягненням стосовно захисту прав людини. Проте, недосконалість українського законодавства з цих питань створює проблеми для профілактики ВІЛ-інфікування робітників секс-бізнесу та спричинює зловживання серед представників правоохоронних органів. Такими зловживаннями працівники українських НДО називають: насильство, незаконні арешти, жорстоке поводження з РКС тощо.

Є факти порушення прав людини і серед засуджених. Цьому сприяє закритість та невідповідність міжнародним нормам пенітенціарної системи України, а також недосконалість законодавчої бази.

Адвокацією та захистом прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, а також представників уразливих груп в Україні займаються в основному недержавні організації за фінансової підтримки міжнародних донорів.

Слід зазначити, що в Україні проводяться програми, спрямовані на зниження рівня дискримінації та стигматизації у зв'язку з ВІЛ/СНІДом. Основним недоліком таких програм можна назвати несистемний, локальний характер, тобто охоплені окремі регіони та цільові групи.

II. УЧАСТЬ ГРОМАДЯНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА⁸⁷

1. Якою мірою громадянське суспільство внесло свій вклад в посилення політичної відданості провідних керівників та розробці національної політики?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

2. Якою мірою представники громадянського суспільства були залучені до процесу планування та розроблення бюджетів для національного стратегічного плану зі СНІДу або до існуючого плану заходів (наприклад, участь у зборах з питань планування чи в аналізі документів)?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

3. Якою мірою послуги, що надаються громадянським суспільством щодо профілактики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ, включені до:

А) Національних стратегічних планів та національних звітів?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

Б) Національного бюджету?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

4. Чи проводила країна національний оглядовий аналіз національного стратегічного плану за участю громадянського суспільства?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», коли був проведений оглядовий аналіз? Рік: _____

5. Якою мірою представництво громадянського суспільства в системі протидії ВІЛ є широким та відображає всі його верстви?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

⁸⁷ Громадянське суспільство включає: мережу людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, жіночі, конфесійні, ВІЛ-сервісні, громади, організації, організації уразливих груп (наприклад, ЧСЧ, РСБ, СІН, засуджені тощо), профспілки, організації з прав людини тощо. Приватний сектор сюди не включається.

Перерахуйте організації, які представляють громадянське суспільство в заходах у зв'язку з ВІЛ/СНІДом:

Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Всеукраїнська асоціація зменшення шкоди, Українське товариство Червоного Хреста, «Спільнота» (мережа людей, які вживають наркотики), ВІЛ-сервісні, жіночі, молодіжні, дитячі, релігійні організації, організації вразливих груп (наприклад, ЧСЧ, РСБ, СІН, засуджені тощо), професійні спілки, правозахисні організації тощо.

6. Якою мірою громадянське суспільство має доступ до:

А) Адекватної фінансової допомоги, яка необхідна для реалізації заходів у зв'язку з ВІЛ?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

Б) Адекватної технічної допомоги, яка необхідна для реалізації заходів у зв'язку з ВІЛ?

Низька					Висока
0	1	2	3	4	5

Загалом, як би ви оцінили зусилля, спрямовані на посилення участі громадянського суспільства в 2007 та 2005 р.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ Коментарі щодо прогресу після 2005 р.:

Представники НДО, які брали участь в опитуванні для розробки національного комбінованого індексу, відзначають, що в цілому є посилення ролі громадського сектора в питаннях планування та імплементації програм профілактики, догляду та підтримки на національному рівні, а також – готовність державних структур до співпраці з НДО. Проте, регіональні та місцеві недержавні організації не настільки мобілізовані та активні і потребують істотного підвищення свого потенціалу.

Певними перешкодами більш активній участі НДО в наданні послуг у зв'язку з ВІЛ/СНІД та їх розширенні є брак особистої відданості голови Національної ради з питань туберкульозу та ВІЛ/СНІД та заступників міністрів профільних міністерств, а також відсутність державного замовлення (делегування функції надання послуг у зв'язку з ВІЛ/СНІД від державних установ до НУО), тобто фінансування державою послуг, що надаються недержавним сектором.

◆ Описова частина до розділу В.ІІ. Участь громадянського суспільства

Протягом 2006-2007 рр. відбувалося залучення представників громадянського суспільства до розробки політики та стратегії у сфері протидії ВІЛ. Дві найбільші недержавні організації в Україні є основними розпорядниками коштів Глобального фонду. Це – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», тобто вони разом з партнерами – державними та недержавними організаціями впроваджують програми профілактики, лікування, догляду та підтримки.

Громадські організації та люди, які живуть з ВІЛ, беруть активну участь у розробці стратегії дій країни та в політиці у сфері ВІЛ, а саме:

- у робочих групах, які займалися підготовкою заявки України до Глобального фонду для продовження фінансування;
- у національних консультаціях щодо підготовки Дорожньої карти щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ/СНІД, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р.;
- в аналізі та доопрацюванні діючої Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004-2008 рр. та плану заходів на 2008 р.;
- в ініціюванні проведення розширеної наради щодо ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні під головуванням Президента України В. Ющенка. Зустріч ініційована МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Всеукраїнською мережею людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та іншими партнерськими організаціями;
- у підготовці Указу Президента України № 1208/2007 від 12 грудня 2007 р. «Про додаткові невідкладні заходи щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні»;
- у впливові та тиску на уряд щодо видання сертифікату на ввезення в Україну лікарського наркотичного препарату «Метадон»;
- у роботі Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Чисельність представників недержавного сектора в НРУ становить 9 осіб з 20 або 45%;
- у міжсекторальній робочій групі при МОЗ України щодо вирішення питань впровадження замісної підтримуючої терапії;
- в акціях та діях, спрямованих на подолання корупції в сфері державних закупівель, в тому числі АРВ-препаратів;
- у Національній робочій групі з моніторингу та оцінки протидії епідемії тощо.

III. ПРОФІЛАКТИКА

1. Чи визначені в країні райони (або еквівалентні географічні/децентралізовані рівні), де необхідні програми щодо профілактики ВІЛ?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Ні», то яким чином поширюються програми щодо профілактики ВІЛ?

Якщо «Так», якою мірою наступні програми профілактики ВІЛ були виконані в ідентифікованих районах⁸⁸, де ці програми необхідні?

■ Відзначте відповідний рівень реалізації для кожного виду діяльності або вкажіть н/з, якщо не застосовувалися

Програми профілактики	Заходи проводяться		
	В усіх районах, де вони необхідні	В більшості районів, де вони необхідні	В деяких областях, де вони необхідні
Безпека крові		x	
Універсальні заходи перестороги в медичних закладах		x	
Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини		x	
Інформаційно-освітні кампанії для зменшення шкоди		x	
Інформаційно-освітні кампанії для зниження стигми та дискримінації			x
Пропаганда використання презервативів			x
Тестування на ВІЛ та консультування		x	
Зменшення шкоди для СІН		x	
Зменшення шкоди для ЧСЧ			x
Зменшення шкоди для РКС			x
Програми для інших груп населення, яким загрожує найвищий ризик			x
Послуги щодо репродуктивного здоров'я, включаючи профілактику та лікування ІПСШ			x
Програми для молодих людей, які не відвідують школу			x
Профілактика ВІЛ на робочому місці			x
Інші програми (напишіть): Зменшення шкоди серед ув'язнених			x

⁸⁸ Райони або еквівалентні географічні/децентралізовані рівні в міській та сільській місцевості

Загалом, як би ви оцінили зусилля, спрямовані на реалізацію програм щодо профілактики ВІЛ у 2007 та 2005 р.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ Коментарі щодо прогресу після 2005 р.:

Протягом 2006-2007 рр. перемогою громадянського суспільства можна вважати те, що дві найбільші недержавні організації в Україні є основними розпорядниками коштів Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, це – МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ», тобто вони разом з партнерами – державними та недержавними організаціями впроваджують програми профілактики, лікування, догляду та підтримки.

Проте, слід зазначити, що прогресу не спостерігається через:

- брак політичної відданості справі боротьби з ВІЛ-інфекцією на рівні держави та осіб, що приймають рішення;
- брак коштів з державного бюджету, основні кошти виділяються донорами;
- відсутнє загальне бачення державою та громадянським суспільством стратегії профілактичних дій;
- відсутність єдиної, системної, комплексної відповіді країни на епідемію, де активні та узгоджені дії державних і недержавних організацій доповнювали би та підсилювали один одного. Зараз на рівні країни не системно вирішуються окремі питання;
- слабе залучення громадянського суспільства до усіх етапів розробки, затвердження та впровадження державних стратегії та програм.

IV. ЛІКУВАННЯ, ДОГЛЯД ТА ПІДТРИМКА

1. Чи визначені в країні райони (або еквівалентні географічні/децентралізовані рівні), де необхідні послуги щодо лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та СНІДом?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Ні», то яким чином поширюються послуги щодо лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та СНІДом ?

Якщо «Так», якою мірою наступні послуги лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ та СНІДом надавалися в ідентифікованих районах⁸⁹, де ці послуги необхідні?

■ **Відзначте відповідний рівень реалізації для кожного виду діяльності або вкажіть н/з, якщо не застосовувалися**

Послуги лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ	Заходи проводяться		
	В усіх районах, де вони необхідні	В більшості районів, де вони необхідні	В деяких областях, де вони необхідні
Антиретровірусна терапія		x	
Забезпечення правильним харчуванням			x
Лікування дітей при СНІДі	x		
Лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом			x
Психосоціальна підтримка людей, які живуть з ВІЛ, та їхніх сімей		x	
Догляд на дому			x
Паліативний догляд та лікування при звичайних інфекціях, що пов'язані з ВІЛ			x
Тестування на ВІЛ та консультування для хворих на ТБ		x	
Скринінг на ТБ серед ВІЛ-інфікованих		x	
Профілактичне протитуберкульозне лікування для ВІЛ-інфікованих		x	
Контроль інфекції ТБ в закладах, де проводиться лікування та догляд у зв'язку з ВІЛ		x	
Профілактика котримоксазолом серед ВІЛ-інфікованих		x	
Профілактика після контакту (наприклад, ризик зараження ВІЛ, пов'язаний з характером роботи, згвалтуванням)		x	
Послуги лікування у зв'язку з ВІЛ на робочому місці або система направлення на лікування за місцем роботи			x
Догляд та підтримка при ВІЛ на робочому місці (включаючи надання інших умов для роботи)			
Інші програми (напишіть)			

⁸⁹ Райони або еквівалентні географічні/децентралізовані рівні в міській та сільській місцевості

Загалом, як би ви оцінили зусилля, спрямовані на реалізацію програм лікування, догляду та підтримки у зв'язку з ВІЛ в 2007 та 2005 рр.?

2007 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2005 р.

Погано										Добре
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

◆ Коментарі щодо прогресу після 2005 р.:

Порівняно з 2005 р. протягом 2006-2007 рр. можна визначити такі основні зони, де спостерігається прогрес щодо лікування, догляду та підтримки ЛЖВ:

- Значно розширилися послуги щодо АРВ-терапії. Станом на листопад 2007 р. на АРВ-терапії за кошти державного бюджету перебувають 1993 пацієнти, за кошти Глобального фонду – 5019 (для порівняння, станом на жовтень 2005 р. за кошти державного бюджету АРВ-терапію проходили 159 ВІЛ-інфікованих, Глобального фонду – 2601).
- Збільшується кількість ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які отримують курс АРВ-терапії як профілактику вертикальної трансмісії. З початку реалізації Програми, що підтримана Глобальним фондом, таку терапію отримують 6473 жінки.
- Збільшується кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримують замісну підтримувальну терапію. Станом на листопад 2007 р. ЗПТ отримують 536 СІН. Завдяки адвокаційній діяльності МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ та інших партнерів, Комітетом контролю за наркотиками за попереднім погодженням зі Службою безпеки України виданий сертифікат на ввезення в Україну лікарського наркотичного препарату «Метадон», що стимулюватиме кардинальне розширення програм замісної підтримуючої терапії у 2008 р.
- Розроблені, затверджені та запроваджені:
 - ◆ Протокол добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (затверджений Наказом МОЗ № 415 від 19.08.05 р.),
 - ◆ Клінічний протокол антиретровірусного лікування та здійснення медичного спостереження за дітьми, хворими на ВІЛ-інфекцію (затверджений Наказом МОЗ № 182 від 13.04.07 р.),
 - ◆ Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій та загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків (затверджений Наказом МОЗ № 182 від 13.04.07 р.),
 - ◆ Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію (затверджений Наказом МОЗ № 368 від 03.07.07 р.),

- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції дорослих та підлітків (затверджений Наказом МОЗ № 658 від 04.10.06 р.),
- Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей.
- Наказом МОЗ України від 27.01.06 р. № 5 створено центр для лікування ВІЛ-інфікованих дітей на базі Української дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ».
- При Українському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом створено референс-лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу (Наказ МОЗ України №230 від 17.04.06 р. «Про створення Референс-лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу при Українському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом»).
- Завдяки діяльності, що здійснюється в рамках гранту Глобального фонду, розширюються послуги з лікування опортуністичних інфекцій, включаючи герпес, цитомегаловірусну інфекцію, бактеріальні інфекції, пневмоцистну пневмонію та ін.
- Розширюється регіональне охоплення ВІЛ-позитивних осіб та представників груп підвищеного ризику щодо ВІЛ-інфікування послугами з догляду та підтримки. Такі послуги надаються як державними (Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді), так і недержавними організаціями (Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Українське товариство Червоного Хреста). Основними компонентами немедичного догляду та підтримки є: супровід програм профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, центри комплексної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям, ЛЖВ та представникам уразливих груп (громадські центри НУО, центри денного перебування ВІЛ-інфікованих дітей), догляд та підтримка в тюрмах, догляд на дому (медичний та немедичний), соціальний супровід родин, де є ВІЛ-інфіковані члени тощо.

ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» в рамках проекту «Забезпечення догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД» охопила 22 регіони України (Донецька, Одеська, Дніпропетровська, Миколаївська, Херсонська, Черкаська, Запорізька, Полтавська, Луганська, Харківська, Івано-Франківська, Вінницька, Київська, Львівська, Хмельницька, Чернігівська, Кіровоградська, Чернівецька, Тернопільська, Сумська та Закарпатська області, АР Крим, міста Київ та Севастополь).

Напрями діяльності: громадські центри; комплексні центри; дитячі центри; немедичний догляд та підтримка ЛЖВ; групи самопомоги; догляд і підтримка ЛЖВ у в'язницях; медико-соціальний супровід АРТ дітей та дорослих; медико-соціальний супровід профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ; соціальне підприємництво ЛЖВ; розпочато роботу з впровадження програми оздоровлення ВІЛ-позитивних дітей; терапевтичні літні табори. У рамках проекту надано гранти 41 партнерській організації. В рамках проекту «Забезпечення догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», надано гранти за напрямками для неурядових організацій 2007-2008 рр. (1 раунд):

- Медико-соціальний та психологічний супровід антиретровірусної терапії (АРТ) для дорослих – 28 проектів,
- Медико-соціальний та психологічний супровід антиретровірусної терапії (АРТ) для дітей – 17 проектів,
- Медсестринський догляд ЛЖВ на дому – 4 проекти (3 регіональні, один національний – 7 міст),
- Немедичний догляд ЛЖВ на дому – 10 проектів,

- Громадські центри для ЛЖВ та їхнього близького оточення – 14 проектів,
- Медико-соціальний та психологічний супровід ВІЛ-позитивних вагітних жінок, породіль та дітей (віком до 18 місяців), народжених ВІЛ-позитивними матерями – 9 проектів,
- Догляд і підтримка дітей, народжених ВІЛ-позитивними батьками, та їхнього найближчого оточення – 11 проектів,
- Догляд і підтримка ВІЛ-позитивних ув'язнених у виправних закладах – 8 проектів,
- Розвиток руху самопомоги ЛЖВ – 13 проектів,
- Терапевтичні табори для ЛЖВ, СІН та інших уразливих груп – один (національний),
- Проведення реабілітації для дітей з ВІЛ для сприяння лікувальному процесу – 8 проектів.

У серпні був започаткований проект «Підтримка профілактики ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших груп населення України» за підтримки Глобального фонду боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією (6 раунд), в рамках якого передбачається як підтримка інноваційної діяльності, так і напрями, які сприяли розширенню програми з догляду та підтримки ЛЖВ проектів за першим раундом 2007-2008 рр. За результатами відкритих конкурсів шостого раунду для здійснення діяльності з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, було відібрано переможців та надано фінансову підтримку 28 організаціям з 15 областей України.

- Розширюється мережа спеціалізованих закладів соціального обслуговування для окремих цільових груп. Так, у структурі Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту діє мережа центрів соціальних служб. При цих центрах соціальних служб станом на 27.09.2007 р. в Україні створені та почали діяти 15 соціальних гуртожитків для молоді віком від 15 до 23 років, 11 соціальних центрів матері та дитини (у віці від народження до 18 місяців), які опинилися в складних життєвих обставинах, 6 центрів для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді. В складі Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту діє мережа з 96 регіональних притулків для неповнолітніх, а також мережа з 44 центрів ресоціалізації наркозалежної молоді «Твоя перемога» (станом на 1 серпня 2007 р.).
- З 2007 р. у структурі Міністерства праці та соціальної політики України діє мережа закладів соціального захисту для бездомних громадян та осіб, звільнених з місць позбавлення волі, в яких надаються консультативні, соціальні та медичні послуги, пов'язані з профілактикою ВІЛ/ІПСШ тощо.
- За підтримки ЮНІСЕФ Міністерство охорони здоров'я України спільно з Міністерством України у справах сім'ї, молоді та спорту та державною соціальною службою для сім'ї, дітей та молоді розвиває мережу клінік, дружніх до молоді, де надаються консультативні, соціальні та медичні послуги підліткам та молоді щодо аспектів репродуктивного здоров'я, протидії інфекціям, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІДу тощо.

7. Який відсоток наступних програм або послуг у зв'язку з ВІЛ забезпечується громадянським суспільством?

Профілактика для молоді	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Профілактика для вразливих підгруп населення СІН	<25%	25-50%	50-75%	>75%
ЧСЧ	<25%	25-50%	50-75%	>75%
РКС	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Консультування та тестування	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Клінічні послуги (опортуністичні інфекції, анти-ретровірусна терапія)	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Догляд на дому	<25%	25-50%	50-75%	>75%
Програми для сиріт та інших уразливих дітей	<25%	25-50%	50-75%	>75%

8. Чи існує в країні політика або стратегія, спрямовані на задоволення додаткових потреб дітей-сиріт та інших уразливих дітей (СУД) у зв'язку з ВІЛ та СНІДом?

Так	Ні
-----	----

3.1. Якщо «Так», чи є в країні робоче визначення СУД?

Так	Ні
-----	----

3.2. Якщо «Так», чи існує в країні національний план дій спеціально для СУД?

Так	Ні
-----	----

3.3. Якщо «Так», чи є в країні оцінка чисельності СУД, охоплених існуючими заходами впливу?

Так	Ні
-----	----

Якщо «Так», який відсоток СУД охоплений?

_____ % (напишіть).

СУПРОВІДНИЙ ЛИСТ

Країна:	Україна
Контактна особа в Національному Комітеті зі СНІДу (або еквівалентно):	Голова Комітету з питань протидії ВІЛ/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам. Професор
Ім'я: Василь Петренко	
Контактна інформація для Національного Комітету зі СНІДу (або еквівалентно):	
Адреса: Україна, м. Київ 01021 вул. Грушевського, 7	Електронна пошта: tbaid@moz.gov.ua
Телефон: +38 044 253 8386	Факс: +38 044 253 6963
Звітний період: 2005 календарний рік 2006 календарний рік	або фінансовий рік. Для фінансового року вкажіть, будь ласка, початок та кінець року: з ___ / ___ до ___ / ___
Грошова одиниця: українська гривня (грн.)	
Середній курс гривні до дол. США за звітний період: 2005: 1 дол. США = 5,12 грн. 2006: 1 дол. США = 5,05 грн.	

Методологія:

Оцінка Національних Витрат на протидію СНІДу (NASA).

Повний звіт з оцінки національних витрат на протидію ВІЛ/СНІДу в Україні може бути наданий за зверненням до Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, або Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу в Україні.

Невраховані витрати:

У деяких суб-категоріях матриці відсутня деталізація даних. Однак, недостатність даних з окремих категорій не означає відсутності відповідних витрат. Деякі дані представлено в агрегованому вигляді, що не деталізуються за суб-категоріями класифікації NASA, такі як оплата праці медичного персоналу, що надає послуги з лікування та профілактики (напр., АРТ, лікування та профілактика опортуністичних інфекцій, ДКТ тощо). Такі дані представлено в категоріях «Стаціонарна допомога» та «Амбулаторна допомога». Витрати лікувально-профілактичних закладів потребують подальшої деталізації.

Витрати з міжнародних джерел вважаються недооціненими, оскільки не всі організації увійшли в дослідження або надали необхідну інформацію. За оцінками, дослідження витрат враховує 85%-95% усіх витрат з міжнародних джерел на проблему ВІЛ/СНІДу в Україні.

Бюджетна підтримка: Чи врахована підтримка з міжнародних джерел (напр., двостороння донорська організація) у категорії Центральний/Національний чи/або Субнаціональний, як джерело державних коштів?

_____ Так

_____ Ні

НАЦІОНАЛЬНА МАТРИЦЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗА 2005-2006

НАЦІОНАЛЬНА МАТРИЦЯ ФІНАНСУВАННЯ ЗА 2005-2006

Календарний рік: 2005 Середній курс гривні у 2005 році 100USD = 512.47UAH		Джерела фінансування											
		Державні джерела			Міжнародні джерела				Багатосторонні				
Категорія витрат	Всього (грн.)	Всього Державні	Державний бюджет	Місцеві бюджети	Кошти кредиту МБРР	Всього Міжнародні	Двосторонні	Агенції ООН	Глобальний Фонд	Багатосторонні Банки реконструкції та розвитку (без Глобального фонду)	Інші міжнародні	Всього Приватні	Виплати з кишені споживачів
Всього (грн.)	205 008 792	86 550 942	30 722 477	55 089 767	738 698	115 493 923	34 477 765	11 081 082	66 420 504	-	3 454 571	3 023 927	3 023 927
1. Профілактика ВСЬОГО	39 079 239	11 899 012	1 827 281	9 991 050	80 681	26 238 153	7 345 163	5 049 541	13 843 448	-	-	942 074	942 074
1.1. Засоби масової інформації (ЗМІ)	1 088 058	125 984	45 303	-	80 681	-	0	-	-	-	-	942 074	942 074
1.2. Мобілізація громад.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.3. Добровільне консультування й тестування	1 912 250	1 912 250	-	1 912 250	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.4. Програми для уражених та осіб-вихідців з населення	2 021 614	-	-	-	-	2 021 614	887 504	109 300	1 024 810	-	-	-	-
1.5. Програми для молоді в школах	6 960 532	4 882 789	585 989	4 296 800	-	2 077 743	-	2 077 743	-	-	-	-	-
1.6. Програми для молоді поза школами	866 295	585 989	585 989	-	-	280 306	-	280 306	-	-	-	-	-
1.7. Програми для людей, що живуть із ВІЛ/СНІД	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.8. Програми для робітників сексуально-бізнесу і їхніх клієнтів	1 200 949	-	-	-	-	1 200 949	223 280	-	977 669	-	-	-	-
1.9. Програми для чоловіків, що мають сексуальні партнерів	1 872 993	-	-	-	-	1 872 993	1 647 535	-	225 458	-	-	-	-
1.10. Програми зменшення шкоди для споживачів ін'єкційних парентеральних (СІН)	13 192 328	-	-	-	-	13 192 328	1 896 377	97 395	11 198 556	-	-	-	-
1.11. Програми на робочих місцях	107 619	-	-	-	-	107 619	-	107 619	-	-	-	-	-
1.12. Соціальний маркетинг, презентація	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.13. Розподіл препаратів через державні аптеки	1 155 681	-	-	-	-	1 155 681	-	1 155 681	-	-	-	-	-
1.14. Презервативи для жінок	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.15. Мікробіциди	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.16. Поліпшення лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	4 287 995	-	-	-	-	4 287 995	2 690 468	1 221 498	376 030	-	-	-	-
1.17. Запобігання передачі ВІЛ/СНІДу від матері до дитини	3 782 000	3 782 000	-	3 782 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.18. Вертека крові	40 925	-	-	-	-	40 925	-	-	40 925	-	-	-	-
1.19. Пост-контактна профілактика	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.20. Безпечне ін'єкційне медичне практикування	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.21. Чоловіче обрізання	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.22. Універсальні запобіжні засоби	610 000	610 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.99. Витрати, не визначені за типом	610 000	610 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Лікування на догляд ВСЬОГО	80 837 809	59 562 653	18 288 436	41 274 217	-	21 156 048	-	-	20 711 234	-	444 814	119 108	119 108
2.1. Амбулаторний догляд	13 134 612	13 134 612	-	13 134 612	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.2. Обсяг закое тестування (ніціюване профілактикою)	13 692 100	13 692 100	13 692 100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.3. Профілактика опортуністичних інфекцій	383 967	-	-	-	-	383 967	-	-	383 967	-	-	-	-
2.4. Антиретровірусна терапія	12 383 610	1 587 148	1 587 148	-	-	10 796 462	-	-	10 351 648	-	444 814	-	-
2.5. Харчування (у зв'язку з АРТ)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.6. Лабораторний моніторинг ВІЛ	2 879 461	26 552	26 552	-	-	2 852 909	-	-	2 852 909	-	-	-	-
2.7. Догляд зубів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.8. Психологічна допомога	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.9. Паліативна допомога	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.10. Допомога вдома	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.11. Альтернативні постачальники / Нетрадиційна медицина	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.12. Догляд за стаціонарними хворими	26 227 355	26 227 355	-	26 227 355	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.13. Лікування опортуністичних інфекцій	5 412 270	4 650 382	2 738 132	1 912 250	-	642 780	-	-	642 780	-	-	119 108	119 108
2.99. Витрати, не визначені за типом	6 724 434	244 504	244 504	-	-	6 479 930	-	-	6 479 930	-	-	-	-
3. Діти-сироти й уражені діти ВСЬОГО	6 022 447	1 392 000	1 392 000	-	-	3 486 978	-	-	-	-	620 600	1 143 469	1 143 469
3.1. Освіта	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Джерела фінансування															
Календарний рік 2006 Середній курс гривні 100 USD=505 UAH	Категорія витрат	Державні джерела				Міжнародні джерела				Приватні джерела					
		Всього (грн.)	Всього Державні	Державний Бюджет	Місцеві бюджети	Кошти кредиту МБРР	Всього Міжнародні	Двосторонні	Благотворні		Всього Приватні	НУО	Виплати з міжнародних живачів		
									Агенції ООН	Глобальний Фонд	Банки реконструкції та розвитку (без Глобалфанду)	Інші міжнародні			
		281 473 817	142 138 200	55 327 702	84 831 887	1 978 611	137 718 208	22 880 432	8 738 843	101 697 066	-	4 401 848	1 617 409	1 617 409	-
1	Профілактика	87 316 589	39 119 161	23 599 619	15 411 091	108 451	47 069 028	8 361 506	5 196 103	33 116 767	-	394 548	1 128 400	1 128 400	-
1.1.	Здоров'я масової інфекції (ЗМІ)	2 120 901	992 501	839 900	69 400	83 201	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2.	Мобілізація громад.	696 294	224 800	224 800	3 608 375	-	-	-	178 836	-	-	292 658	-	-	-
1.3.	Добровільне консультування й тестування	4 607 401	-	4 607 401	155 838	-	4 607 401	155 838	2 151 268	2 300 296	-	-	-	-	-
1.4.	Програми для уразливих та осіб з високим ризиком	24 112 801	15 312 400	10 690 000	4 622 400	-	8 800 401	137 000	294 080	8 369 322	-	-	-	-	-
1.5.	Програми для молоді в школах	1 479 837	722 800	722 800	-	-	757 037	-	757 037	-	-	-	-	-	-
1.6.	Програми для молоді поза школами	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.7.	Програми для людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом	5 683 432	-	-	-	-	5 683 432	1 153 663	-	4 529 769	-	-	-	-	-
1.8.	Програми для робітників сексуальної індустрії	1 068 704	-	-	-	-	1 068 704	265 874	-	792 830	-	-	-	-	-
1.9.	Програми для чоловіків, що мають сексуальні контакти	29 954 785	7 976 700	7 907 300	69 400	-	21 978 085	4 360 336	770 176	16 745 583	-	101 990	-	-	-
1.10.	Програми зменшення шкоди для людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.11.	Програми на робочих місцях	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.12.	Соціальні маркетинг і резерв-середовища	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.13.	Розподіл преразв'язів через державний і приватний сектор на комерційній основі	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.14.	Презервативи для жінок	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.15.	Мікробіциди	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.16.	Поліпшення лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	978 847	-	-	-	-	978 847	-	978 847	-	-	-	-	-	-
1.17.	Запобігання передачі ВІЛ/СНІДу від матері до дитини	2 673 595	25 250	-	-	25 250	2 648 345	2 221 940	65 865	360 540	-	-	-	-	-
1.18.	Бережлива кров'	7 158 399	7 073 116	31 600	7 041 516	-	85 283	66 865	-	18 428	-	-	-	-	-
1.19.	Пост-контактна профілактика	1 111 719	1 111 719	1 111 719	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.20.	Безпечна ін'єкційна медична практика	1 461 500	1 461 500	1 461 500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.21.	Чоловіче обрізання	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.22.	Універсальні запобіжні засоби	610 000	610 000	610 000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.99.	Витрати, не вичислені за типом	117 609 707	91 069 529	28 876 383	62 193 146	-	26 540 178	5 599 300	-	20 679 225	-	261 653	-	-	-
2	Лікування на догляд Всього	23 224 289	23 224 289	23 224 289	23 224 289	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.1.	Амбулаторний догляд	8 193 125	7 891 500	7 891 500	-	-	301 625	301 625	-	-	-	-	-	-	-
2.2.	Стороннє вступлення (нішілова-інфекції)	27 026 162	11 152 644	11 152 644	-	-	15 873 518	-	-	15 873 518	-	-	-	-	-
2.3.	Профілактика опортуністичних інфекцій	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.4.	Антиретровірусна терапія	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.5.	Харчування (у зв'язку з АРТ)	5 773 168	1 990 712	1 990 712	-	-	3 782 456	-	-	3 782 456	-	-	-	-	-
2.6.	Лабораторний моніторинг ВІЛ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.7.	Догляд зубів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.8.	Психологічна допомога	261 653	-	-	-	-	261 653	-	-	-	-	261 653	-	-	-
2.9.	Паліативна допомога	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.10.	Допомога вдома	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.11.	Альтернативні постачальники / Нетрадиційна медицина	35 360 482	35 360 482	35 360 482	35 360 482	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.12.	Догляд за стаціонарними хворими	13 892 548	7 571 622	3 963 247	3 608 375	-	6 320 926	5 297 675	-	1 023 251	-	-	-	-	-
2.13.	Лікування опортуністичних інфекцій	3 878 280	3 878 280	3 878 280	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.99.	Витрати, не вичислені за типом	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

3	Діти-сироти й уразливі діти ВСЬОГО	4 549 202	1 670 000	1 670 000	1 670 000	-	-	2 879 202	1 667 471	668 544	-	-	543 187	-	-
3.1.	Освіта	75 757	-	-	75 757	-	-	75 757	-	75 757	-	-	-	-	-
3.2.	Основний догляд за здоров'ям	32 933	-	-	32 933	-	-	32 933	-	32 933	-	-	-	-	-
3.3.	Підтримка в родині /вдома	2 773 042	1 670 000	1 670 000	1 670 000	-	-	1 103 042	-	559 855	-	-	543 187	-	-
3.4.	Підтримка на рівні громади	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.5.	Адміністративні витрати	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.99.	Витрати, не визначені за типом	1 667 471	-	-	1 667 471	-	-	1 667 471	-	-	-	-	-	-	-
4	Розробка/провадження програм та покращання адміністрування ВСЬОГО	53 007 895	9 122 594	74 900	7 216 750	1 830 944	43 567 292	1 191 800	-	848 400	41 383 069	318 009	992 403	318 009	-
4.1.	Програмний менеджмент	13 107 593	-	-	-	-	13 107 593	848 400	-	-	12 259 193	-	-	-	-
4.2.	Планування та координація	403 231	-	-	-	-	403 231	-	-	-	-	-	403 231	-	-
4.3.	Моніторинг і оцінка	1 140 211	4 300	4 300	-	-	1 135 911	151 500	-	395 239	-	-	569 172	-	-
4.4.	Операційні дослідження	191 900	-	-	-	-	191 900	191 900	-	-	-	-	-	-	-
4.5.	Епідеміологія	464 987	-	-	-	-	464 987	-	-	464 987	-	-	-	-	-
4.6.	Дослідження реалістичності до лікарських засобів в області ВПЛ/СНІДУ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.7.	Система постачання та розподілу	66 021	66 021	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.8.	Інформаційні технології	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.9.	Супервізій персоналу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.10.	Оснащення лабораторій	5 021 907	3 104 480	70 600	1 443 350	1 590 530	1 917 427	-	-	-	1 917 427	-	-	-	-
4.11.	Створення нових лікувальних установ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.99.	Витрати, не визначені за типом	32 612 046	5 947 793	925 800	5 773 400	174 393	26 346 244	26 346 244	-	-	26 346 244	318 009	218 275	-	-
5	Стимулювання при наймі й утриманні кадрів ВСЬОГО	1 144 075	925 800	925 800	-	-	218 275	-	-	-	-	-	-	-	-
5.1.	Прошова стимуляція для лікарів	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.2.	Прошова стимуляція для середнього медперсоналу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.3.	Прошова стимуляція для іншого персоналу	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.4.	Сформована освіта та вдосконалення кадрів	1 075 266	925 800	925 800	-	-	149 466	-	-	-	-	-	149 466	-	-
5.5.	Тренінги	68 809	-	-	-	-	68 809	-	-	-	-	-	68 809	-	-
5.99.	Витрати, не визначені за типом	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Соціальний захист і соціальне забезпечення, крім сиріт і уразливих дітей ВСЬОГО	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.1.	Грошова винагорода	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.2.	Допомога в натуральній формі	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.3.	Соціальні послуги	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.4.	Формування прибутку	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6.99.	Витрати, не визначені за типом	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Формування підтримуючого середовища й розвиток громад ВСЬОГО	15 006 001	16 700	16 700	-	-	14 820 301	1 429 891	7 252 155	4 146 573	4 146 573	171 000	1 991 682	171 000	-
7.1.	Адаптація та стратегічні комунікації	4 776 630	-	-	-	-	4 605 630	293 691	3 518 200	-	-	-	793 739	171 000	-
7.2.	Права людини	3 541 649	-	-	-	-	3 541 649	-	2 629 563	-	-	-	912 086	-	-
7.3.	Відреставраційні програми, спрямовані на жінок	2 543 149	16 700	16 700	-	-	2 526 449	1 136 200	1 104 392	-	-	-	285 857	-	-
7.4.	ВіЛ-специфічні програми, спрямовані на жінок	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7.99.	Витрати, не визначені за типом	4 146 573	-	-	-	-	4 146 573	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Дослідження крим операційних досліджень ВСЬОГО	2 858 347	2 14 416	164 300	10 900	39 216	2 623 931	252 500	-	2 371 431	-	-	-	-	-
8.1.	Бюджетні дослідження	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.2.	Клінічні дослідження	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.3.	Епідеміологічні дослідження	464 987	-	-	-	-	464 987	-	-	-	-	-	464 987	-	-
8.4.	Соціальні дослідження	174 416	174 416	124 300	10 900	39 216	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.5.	Поведінкові дослідження	1 272 214	40 000	40 000	-	-	1 232 214	-	-	-	-	-	1 232 214	-	-
8.6.	Економічні дослідження	69 748	-	-	-	-	69 748	-	-	-	-	-	69 748	-	-
8.7.	Дослідження вербальності/спроможності	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.8.	Дослідження вакцин	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8.99.	Витрати, не визначені за типом	856 983	-	-	-	-	856 983	252 500	-	604 483	-	-	-	-	-

НАЦІОНАЛЬНИЙ ЗВІТ
ІЗ ВИКОНАННЯ РІШЕНЬ ДЕКЛАРАЦІЇ ПРО ВІДДАНІСТЬ СПРАВИ
БОРОТЬБИ З ВІЛ/СНІДОМ
УКРАЇНА

Звітний період : січень 2006 р. – грудень 2007 р.

Публікація даного звіту стала можливою завдяки підтримці з боку ЮНЕЙДС та
МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні».

Підписано до друку 26.05.08. Формат 60x84/8
Папір офс. Гарнітура Pragmatica
Ум. друк. арк. 16,74 Фіз. друк. арк. 18
Тираж 1000 Зам. № 44/8

ТОВ «Агентство «Україна»
01034, Київ-34, вул. О. Гончара, 55, оф. 60

**НАЦІОНАЛЬНИЙ ЗВІТ УКРАЇНИ З ВИКОНАННЯ ДЕКЛАРАЦІЇ
ПРО ВІДДАНІСТЬ СПРАВІ БОРОТЬБИ З ВІЛ/СНІД
МІСТИТЬ АНАЛІЗ СТАНУ РЕАЛІЗАЦІЇ
НАЦІОНАЛЬНОЇ СТРАТЕГІЇ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УКРАЇНІ
ЗА ПЕРІОД З СІЧНЯ 2006 ПО ГРУДЕНЬ 2007 РОКУ.
ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ЗАРАЗ ДОКУМЕНТ
Є УНІКАЛЬНОЮ МОЖЛИВІСТЮ ДЛЯ УКРАЇНИ
ЗВІТУВАТИ ПРО ВИКОНАННЯ ВЗЯТИХ НА СЕБЕ ЗАБОВ'ЯЗАНЬ ТА ЗАСВІДЧИТИ
ДОСЯГНУТІ УСПІХИ З ВИКОНАННЯ ЦІЄЇ ДЕКЛАРАЦІЇ.**



Альянс
Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні



ЮНЭЙДС
ОБ'ЄДНЕНА ПРОГРАМА ООН ПО ВІЛ/СНІДУ

УВБ-ООН
КОНСОЛІ
ВІЛ
ПРООН
ЮНІСЕФ

ЮНІСЕФ
МІТ
КНЕСКО
ВОО
ВСЬОБ'ЄДНАНИЙ БАНК