

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПОСЛУГ КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ ТРУДОВИМ МІГРАНТАМ ТА ЇХ НАЙБЛИЖЧОМУ ОТОЧЕННЮ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

(м. Київ)

Дана робота є фрагментом планової НДР «Наукове забезпечення реалізації Європейської політики ЗДВ-21 в умовах оптимізації системи охорони здоров'я України» Недержавної реєстрації 0112U002809.

Вступ. Розширення надання послуг консультування і тестування на ВІЛ (КіТ на ВІЛ) різним категоріям населення є одним із пріоритетів державної політики в системі протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні [11]. В умовах концентрованої стадії епідемії, яка спостерігається у країні [9], необхідно максимум зусиль сфери охорони здоров'я направити на охоплення послугами КіТ на ВІЛ представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ (ГПР), які є основною рушійною силою епідемії [1]. Перелік основних ГПР у країні взагалі затверджено на національному рівні: споживачі ін'єкційних наркотиків; особи, які надають сексуальні послуги за винагороду; чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками; статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків; клієнти осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду та статеві партнери чоловіків, які практикують секс з чоловіками [10]. В той же час, на думку ВООЗ, в межах однієї країни можуть спостерігатися на окремих територіях регіональні субепідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в розвитку яких приймають участь особливі регіональні ГПР [12]. Так, в Закарпатській області констатується регіональна субепідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу, основною рушійною силою якої є регіональна ГПР – трудові мігранти та їх найближче оточення (постійні сексуальні партнери) [3, 5].

Хоча в Україні існує розгалужена система надання послуг КіТ на ВІЛ за добровільною згодою особи як через медичних працівників загальної лікувальної мережі, так і через спеціалізовані кабінети «Довіра» та регіональні центри профілактики та боротьби із СНІДом є проблема доступу трудових мігрантів до отримання послуги КіТ на ВІЛ. Це пов'язано з короткими періодами перебування даної мобільної групи населення за місцем постійного проживання в основному в періоди великих релігійних свят, які є вихідними днями [6]. Тому існує необхідність розробки та

впровадження окремих моделей організації надання послуг КіТ на ВІЛ для даної групи населення.

Мета роботи – розробка, впровадження та визначення життєздатності організаційно-функціональної моделі надання послуг КіТ на ВІЛ лікарями кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів представникам регіональної групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ – трудові мігранти та їх найближче оточення в Закарпатській області України.

Об'єкт і методи дослідження. Об'єктом дослідження являлась система надання послуг КіТ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника лікарями кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів різним групам населення в Закарпатській області. При розробці моделі застосовувалися методи структурно-логічного аналізу, системного підходу, бібліосемантичний та концептуального моделювання. При розробці моделі використовувалися результати ретроспективного епідеміологічного аналізу розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Закарпатській області [8], результатах спеціальних епідеміологічно-поведінкових досліджень серед ВІЛ-інфікованих осіб в регіоні [4] та нормативно-правових актів з питань організації надання послуг КіТ на ВІЛ в закладах охорони здоров'я України, в тому числі і з ініціативи медичного працівника [2].

Визначення приналежності особи до цільової групи надання послуг КіТ на ВІЛ – трудових мігрантів та їх найближчого оточення проводилося за наступними критеріями: представник групи «трудова мігранти» – особа, яка за результатами попереднього опитування мала епізоди виїзду з метою працевлаштування за межі області на строк більше 1 місяця протягом останніх 3-х років; представник групи «найближче оточення трудового мігранту» – особа, що являється постійним статевим партнером трудового мігранта, але сама на заробітки не виїздить.

Оцінка стану функціонування впровадженої моделі проводилася за результатами аналізу щомісячних звітів лікарів кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів в районах Закарпатської області, які в пілотному режимі надавали послуги КіТ на ВІЛ з застосуванням швидких тестів для визначення антитіл до ВІЛ (ШТ на ВІЛ) згідно запропонованої

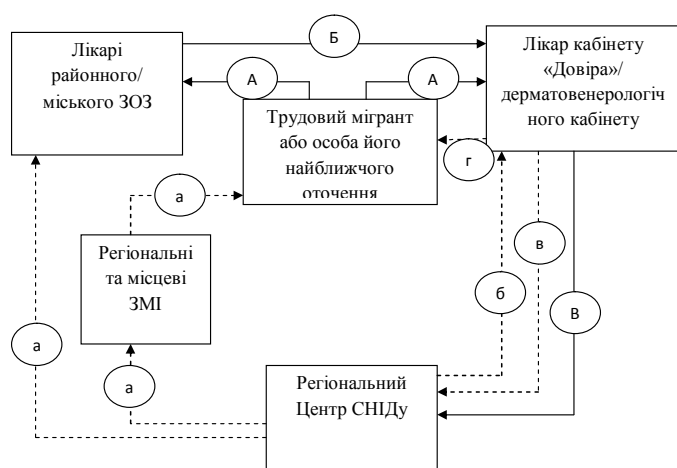


Рис. Модель організації надання послуг КІТ на ВІЛ трудовим мігрантам та їх найближчому оточенню.

Примітка: « —> » – напрямок руху особи; « - - -> » – напрямок руху інформації; « ○ » – шифр функції (див. табл. 1).

моделі. Щомісячний звіт лікарів містить інформацію щодо кількості осіб цільової групи населення, яким надано послугу КІТ на ВІЛ; кількість осіб з позитивним результатом ШТ на ВІЛ, які були направлені для верифікаційного обстеження та постановки на диспансерний облік.

Результати досліджень та їх обговорення. Мета запропонованої моделі – максимальне охоплення послугами КІТ на ВІЛ представників цільової

групи впливу – трудових мігрантів та їх найближчого оточення послугами КІТ на ВІЛ як одним з основних компонентів заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні. КІТ на ВІЛ трудових мігрантів та їх найближчого оточення як компонент заходів протидії епідемії включає в себе: первинна профілактика інфікування ВІЛ шляхом проведення інформаційного консультування; визначення індивідуальних поведінкових ризиків інфікування ВІЛ пацієнта та розробка плану їх усунення в процесі дотестового та післятестового консультування, визначення ВІЛ-статусу представника цільової групи з метою ранньої діагностики ВІЛ-інфекції та своєчасного призначення специфічного лікування.

Модель містить наступні структурні компоненти: об'єкт – трудові мігранти та їх найближче оточення; суб'єкт – лікар кабінету «Довіра» і/або дерматовенерологічного кабінету (на базі районної/міської лікарні) та компоненти, що забезпечують інформаційну підтримку, супровід та організаційно-методичне забезпечення

функціонування моделі: засоби масової інформації (ЗМІ); лікарі закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), на базі якого впроваджується модель; регіональний центр профілактики та боротьби із СНІДом (Центр СНІДу) (рис).

Кожен із структурних компонентів моделі виконує свої функції, які і забезпечують умови досягнення поставленої мети моделі (табл. 1).

Таблиця 1

Функції структурних компонентів моделі організації надання послуг КІТ на ВІЛ трудовим мігрантам та їх найближчому оточенню

Структурний компонент	Функції	
	Зміст	Шифр
Трудовий мігрант/ особа з найближчого оточення трудового мігранта (цільова група)	Самозвернення з приводу захворювання (любого), з профілактичною метою (профілактичні огляди та диспансеризація) або ціленаправлено для обстеження на ВІЛ	А
Лікарі ЗОЗ, на базі якого працює кабінет «Довіра»/ дерматовенерологічний кабінет	Рекомендація представнику цільової групи отримати добровільно та безоплатно послугу КІТ на ВІЛ	Б
	Направлення представника цільової групи для отримання послуги КІТ на ВІЛ	
Лікар кабінету «Довіра»/ дерматовенерологічного кабінету	Пропозиція отримання послуги КІТ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника	г
	Проведення профілактичного консультування	
	Проведення дотестового консультування	
	Проведення тестування на ВІЛ з використанням ШТ	
	Проведення післятестового консультування	В
	Направлення пацієнта для верифікаційного обстеження та постановки на диспансерний облік (при позитивному результаті ШТ на ВІЛ)	
	Звітування згідно вимог нормативних документів	в
Регіональні та місцеві ЗМІ	Інформаційне забезпечення функціонування моделі (надання інформації щодо необхідності та доступності послуги КІТ на ВІЛ для представників цільової групи)	а
Регіональний центр СНІДу	Інформаційне забезпечення функціонування моделі	а
	Організаційно-методична підтримка	б
	Моніторинг та оцінка ефективності роботи	

Як представлено на **рис. 1** в **табл. 1**, при розробці моделі ставилося завдання максимально обмежити потоки руху особи (представника цільової групи) та максимально розширити потоки інформації між структурними компонентами моделі. Так, власне представник цільової групи в процесі надання йому завершеної послуги КІТ на ВІЛ контактує максимум з двома іншими структурними компонентами (лікарем ЗОЗ, до якого дана особа звернулася з приводу якогось захворювання або з профілактичною метою та з лікарем, який безпосередньо надає послугу КІТ на ВІЛ (лікар кабінету «Довіра» або дерматовенерологічного кабінету). Лише у випадку виявлення позитивного ШТ на ВІЛ особа направляється в регіональний центр СНІДу для верифікаційного обстеження та постановки на диспансерний облік. Таке обмеження було зроблено з метою створення умов для максимального збереження конфіденційності інформації про дану особу. В той же час, для отримання максимального охоплення представників цільової групи послугами КІТ необхідно створення масивного «інформаційного поля» навколо представників цільової групи щодо необхідності та доступності даної послуги. Тому, основні зв'язки між структурними компонентами моделі носять саме інформаційний характер. Максимум функцій структурних компонентів моделі направлені на залучення представників цільової групи до отримання послуги КІТ на ВІЛ.

Дана модель у жовтні 2011 року була впроваджена в пілотному режимі в 7 пілотних районах Закарпатської області за технічної підтримки МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона» в Україні. В кожному районі було задіяно по 1 лікарю кабінету «Довіра» або дерматовенерологічного кабінету, які працюють на базі районної лікарні. В чотирьох пілотних регіонах модель було впроваджено через лікарів кабінетів «Довіра»: Берегівський, Виноградівський, Міжгірський та Перечинський райони. Лікарі дерматовенерологічних кабінетів були задіяні до впровадження моделі в трьох пілотних регіонах: Іршавський, Хустський та Рахівський райони Закарпатської області.

Усі лікарі, залучені до надання послуг КІТ на ВІЛ пройшли відповідне навчання та були забезпечені необхідними методичними матеріалами та діагностичними наборами (ШТ на ВІЛ). Так, за період відпрацювання моделі (з жовтня 2011 року по грудень 2013 року) лікарями кабінетів «Довіра» та дерматовенерологічних кабінетів пілотних регіонів було надано послуги КІТ на ВІЛ 2 884 особам цільової групи, з яких 1 968 (68,2%) осіб являються власне трудовими мігрантами, а 916 (31,8%) є особами з найближчого оточення трудових мігрантів (постійними статевими партнерами трудових мігрантів). У 32 осіб виявлено позитивні результати тестування на ВІЛ з використанням ШТ на ВІЛ, що склало 1,1% від обстежених.

Зважаючи на те, що основною метою даної моделі є забезпечення максимального охоплення послугами КІТ на ВІЛ представників цільової групи, яка являється регіональною ГПР інфікування ВІЛ, життєздатність моделі нами оцінювалася по показнику

охоплення даними послугами власне трудових мігрантів. Показник охоплення послугами КІТ на ВІЛ вираховувався щоквартально протягом періоду впровадження проекту у відсотках від оціночної чисельності власне трудових мігрантів, що являються мешканцями пілотних районів. Індикатором ефективності моделі було визначено охоплення за період пілотного відпрацювання моделі не менше 5% оціночної чисельності трудових мігрантів, що мешкають на території району. Оціночна чисельність власне трудових мігрантів на території пілотних районів було отримано за результатами наших попередніх досліджень [7]. Дані щодо оціночної чисельності осіб, що відносяться до групи найближчого оточення трудових мігрантів (постійні статеві партнери трудових мігрантів) наразі розрахувати за існуючими методиками не можливо. Результати охоплення трудових мігрантів послугами КІТ на ВІЛ в семи пілотних регіонах за запропонованою моделлю за весь період впровадження (з жовтня 2011 року по грудень 2013 року) представлено в **табл. 2**.

Таблиця 2

Результати охоплення послугами КІТ на ВІЛ трудових мігрантів в пілотних районах Закарпатської області

Пілотний район	Оціночна чисельність трудових мігрантів	Надано послуг КІТ на ВІЛ	
		абс. (осіб)	охоплення (% від оціночної)
Берегівський	3 518	348	9,9
Виноградівський	10 208	464	4,5
Іршавський	11 857	192	1,6
Міжгірський	3 154	279	8,8
Перечинський	869	235	27,0
Рахівський	15 743	301	1,9
Хустський	22 960	149	0,6
Всього	68 309	1 968	2,9

Як представлено в **табл. 2**, рівень охоплення послугами КІТ на ВІЛ представників групи трудових мігрантів в пілотних районах області суттєво відрізняється. Так, якщо в загальному по усіх пілотних районах було охоплено даними послугами 2,9% від оціночної чисельності трудових мігрантів, що проживають на цих територіях, то у Хустському, Іршавському та Рахівському районах показник охоплення є значно нижче: 0,6%; 1,6% та 1,9% відповідно. В той же час, в окремих районах показник охоплення є досить високим. Зокрема це спостерігається в тих районах, де оціночна чисельність трудових мігрантів відносно мала: Перечинський район (27,0%), Берегівський (9,9%) та Міжгірський (8,8%). При цьому абсолютна кількість осіб, яким була надана послуга КІТ на ВІЛ найбільша в Виноградівському районі, але враховуючи значну оціночну чисельність трудових мігрантів (більше 10 тисяч осіб) показник охоплення, хоч і вище загального по пілотним регіонам, не достатній. В пілотних регіонах, де оціночна чисельність

трудоу мiгрантiв бiльше 10 тисяч осiб досягти iндикатора ефективностi охоплення (не менше 5% оцiночної чисельностi) за перiод пiлотного вiдпрацювання запропонованої моделi не вдалося.

Висновки.

1. Представлена органiзацiйно-функцiональна модель надання послуг КiТ на ВiЛ представникам регiональної ГПР – трудовi мiгранти та їх найблiжче оточення через лiкарiв кабiнетiв «Довiра» та дерматовенерологiчних кабiнетiв забезпечує ефективне охоплення представникiв цiльової групи даними послугами при умовi незначної оцiночної чисельностi трудових мiгрантiв на територiї району (до 10 тисяч осiб).

2. При оцiночнiй чисельностi представникiв групи трудових мiгрантiв бiльше 10 тисяч осiб є

необхiднiсть розширення моделi з метою залучення додаткових надавачiв послуги КiТ на ВiЛ: лiкарiв iнших кабiнетiв полiклiнiчних вiддiлень районних (мiських) лiкарень; лiкарiв, якi працюють у медичних структурах розмiщених не лише в районному центрi, а територiально наблiженi до отримувачiв послуги (дiльничнi лiкарнi, амбулаторiї загальної практикi-сiмейної медицини).

Перспективи подальших дослiджень. Планується удосконалення з послiдуючим пiлотним впровадженням запропонованої моделi для регiонiв, в яких оцiночна чисельнiсть трудових мiгрантiв перевищує 10 тисяч осiб, шляхом розширення перелiку структурних компонентiв, якi безпосередньо надають послугу КiТ на ВiЛ представникам цiльової групи населення.

Лiтература

1. ВiЛ-iнфекцiя в Украiнi. Iнформацiйний бюлетень №40. – К.: МОЗ Украiни, Укр. центр контролю за соцiально небезпечними хворобами, 2013. – 24 с.
2. Методичнi рекомендацiї для медичних працiвникiв щодо надання послуг з консультування i тестування на ВiЛ-iнфекцiю/Т. А. Александрiна, I. В. Андрiанова, Л. I. Андрушак, [та iн.]. – К.: МОЗ Украiни, 2011. – 20 с.
3. Миронюк I. С. Епiдемія ВiЛ-iнфекцiї/СНiДу в Закарпатській облaстi: окремі особливостi розвитку/ I. С. Миронюк // Науковий вiсник Ужгородського унiверситету. Серiя «Медицина». – 2011. – Вип. 3(42). – С. 188-192.
4. Миронюк I. С. Особливостi ризикованої поведiнки ВiЛ-iнфiкованих трудових мiгрантiв Закарпатської облaстi залежно вiд регiону мiграцiї / I. С. Миронюк // Науковий вiсник Ужгородського унiверситету. Серiя «Медицина». – 2012. – Випуск 1 (43). – С. 146-151.
5. Миронюк I. С. Поведiнковi ризики iнфiкування ВiЛ осiб, пов'язаних з трудовою мiграцiєю / I. С. Миронюк // Профiлактична медицина. – 2012. – №2 (18). – С. 7-10.
6. Миронюк I. С. Результати визначення прiоритетних перiодiв та точок виходу профiлактичних програм на регiональну групу пiдвищеного ризику iнфiкування ВiЛ в Закарпатській облaстi – трудових мiгрантiв / I. С. Миронюк // Матерiали мiжнар. наук. -практ. конф. «Сучаснi проблеми свiтової медицини та її роль у забезпеченнi здоров'я свiтового спiвтовариства», Одеса, 10-11 травня 2013 року, – Одеса : ГО «Пiвденна фундацiя медицини», 2013. – С. 67-71.
7. Миронюк I. С. Результати оцiнки масштабiв та напрямкiв трудової мiграцiї в Закарпаттi / I. С. Миронюк // Вiсник соцiальної гiгiєни та органiзацiї охорони здоров'я Украiни. – 2011. – №2. – С. 5-9.
8. Миронюк I. С. Результати визначення стадiї епiдемії ВiЛ-iнфекцiї/СНiДу в Закарпатській облaстi / I. С. Миронюк, В. Й. Шатило // Украiна. Здоров'я нацiї – 2012. – №1(21). – С. 39-43.
9. Нацiональна оцiнка ситуацiї з ВiЛ/СНiДу в Украiнi станом на початок 2012 р. – К.: Державна служба Украiни з питань протидiї ВiЛ-iнфекцiї/СНiДу та iнших соцiально небезпечних захворювань, 2012. – 12 с.
10. Про затвердження Перелiку та Критерiїв визначення груп пiдвищеного ризику щодо iнфiкування ВiЛ : наказ Мiнiстерства охорони здоров'я Украiни вiд 08 лютого 2013 року №104.
11. Про схвалення Концепцiї Загальнодержавної цiльової соцiальної програми протидiї ВiЛ-iнфекцiї/СНiДу на 2014-2018 роки: Розпорядження Кабiнету Мiнiстрiв Украiни вiд 13 травня 2013 року №356-р.
12. Guidelines on Surveillance among Populations Most at Risk for HIV. –WHO/UNAIDS, 2011. – 57 p.

УДК 614. 254. 3:001. 891. 5:616. 98:578. 828-054. 7(477. 87)

ОРГАНIЗАЦIЙНО-ФУНКЦIОНАЛЬНА МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПОСЛУГ КОНСУЛЬТУВАННЯ I ТЕСТУВАННЯ НА ВiЛ ТРУДОВИМ МIГРАНТАМ ТА ЇХ НАЙБЛIЖЧОМУ ОТОЧЕННЮ В ЗАКАРПАТСЬКIЙ ОБЛАСТI

Миронюк I. С.

Резюме. Представлено органiзацiйно-функцiональну модель надання послуг консультування i тестування на ВiЛ представникам регiональної групи пiдвищеного ризику iнфiкування ВiЛ – трудовi мiгранти та їх найблiжче оточення лiкарями кабiнетiв «Довiра» та дерматовенерологiчних кабiнетiв в Закарпатській облaстi Украiни. Результати впровадження даної моделi показали її ефективнiсть по показнику охоплення представникiв цiльової групи населення в регiонах, де оцiночна чисельнiсть трудових мiгрантiв не перевищує 10 тисяч осiб. В регiонах де оцiночна чисельнiсть трудових мiгрантiв перевищує 10 тисяч осiб є необхiднiсть удосконалення даної моделi шляхом розширення перелiку безпосереднiх надавачiв послуги консультування та тестування на ВiЛ представникам цiльової групи населення.

Ключовi слова: органiзацiйно-функцiональна модель, консультування i тестування на ВiЛ, трудовi мiгранти.

УДК 614. 254. 3:001. 891. 5:616. 98:578. 828-054. 7(477. 87)

ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ И ИХ БЛИЖАЙШЕГО ОКРУЖЕНИЯ В ЗАКАРПАТСКОЙ ОБЛАСТИ

Миرونюк И. С.

Резюме. Представлена организационно-функциональная модель предоставления услуг консультирования и тестирования на ВИЧ представителям региональной группы повышенного риска инфицирования ВИЧ – трудовые мигранты и их ближайшее окружение врачами кабинетов «Доверия» и дерматовенерологических кабинетов в Закарпатской области Украины. Результаты внедрения данной модели показали ее эффективность по показателю охвата представителей целевой группы населения в регионах, где оценочная численность трудовых мигрантов не превышает 10 тысяч человек. В регионах, где оценочная численность трудовых мигрантов более 10 тысяч человек есть необходимость совершенствования данной модели путем расширения перечня непосредственных поставщиков услуги консультирования и тестирования на ВИЧ представителям целевой группы населения.

Ключевые слова: организационно-функциональная модель, консультирование и тестирование на ВИЧ, трудовые мигранты.

UDC 614. 254. 3:001. 891. 5:616. 98:578. 828-054. 7(477. 87)

Functional Organization Model of Providing HIV Counseling and Testing Services to Labor Migrants and to their Immediate Surrounding in Transcarpathia Region

Myronyuk I. S.

Abstract. *Objective:* To develop, implement and determine the viability of the organizational and functional model of providing VCT for HIV services by doctors of medical stations “Dovira” and by dermatovenerology stations to representatives of regional HIV infection high risk groups – to labor migrant and their immediate surrounding in the Transcarpathia region of Ukraine.

Object and methods of research. The object of study was the system of providing VCT for HIV services upon initiative of doctors, provided by the physicians of the medical stations “Dovira” and by dermatovenerology stations to different groups in the Transcarpathia region. While developing this model the methods of structural and logical analysis, a systematic approach, bibliosemantic and conceptual simulation were used.

Estimation of the functionality of this model was carried out on the basis of the monthly reports analysis of the medical stations “Dovira” and dermatovenerology stations in Transcarpathia region, which provided VCT for HIV services in pilot mode, using rapid tests for the detection of antibodies to HIV, according to the model proposed.

Results and discussion. The purpose of the model proposed is the maximum reach to target group of the VCT for HIV services. Provision of VCT for HIV services for labor migrants and their immediate surrounding is one of the main components of retroaction to HIV/AIDS epidemic in the region. The model has the following structural components: the object, that is labor migrant and their immediate surrounding; the subject – doctors of the medical stations “Dovira” and of dermatovenerology stations (on the basis of district/municipal hospital) and components that provide informational support, maintenance and organizational and methodological support for functioning of the model: the mass media; the doctors of the medical centers, on the basis of which this model is to be implemented; Regional Centre for AIDS Prevention and Control. Each of the structural components of the model has their particular functions that provide the conditions for achieving the goal of the model.

During of the model work-up period (from October 2011 to December 2013) by doctors of the medical stations “Dovira” and of dermatovenerology stations in 7 pilot areas VCT for HIV services were provided to 2 884 individuals of the target group, 1968 (68. 2%) of which were actually migrant workers, and 916 (31. 8%) individuals were persons from their immediate surrounding (steady sexual partners of the labor migrants). Over the period mentioned the index of target group reaching was 2. 9% as a whole while performance indicator monitoring of not less than 5%. While analyzing the results of reaching separately for each of the seven pilot areas it was revealed that this model in the form proposed was operating effectively in the region with an estimated number of migrants up to 10 thousand people (index of reaching excesses 5%), and needed to be improved in the region with an estimated number of labor migrant of more than 10 thousand people.

Conclusions. The model proposed effectively operates in the areas with an unimportant number of labor migrants. In case if the ratable number of labor migrants exceeds 10 thousand persons this model needs to be improved by expanding the list of structural components that provide direct VCT for HIV service to representatives of target groups.

Key words: organizational model, HIV counseling and testing, labor migrants.

Рецензент – проф. Дубинська Г. М.

Стаття надійшла 12. 04. 2014 р.