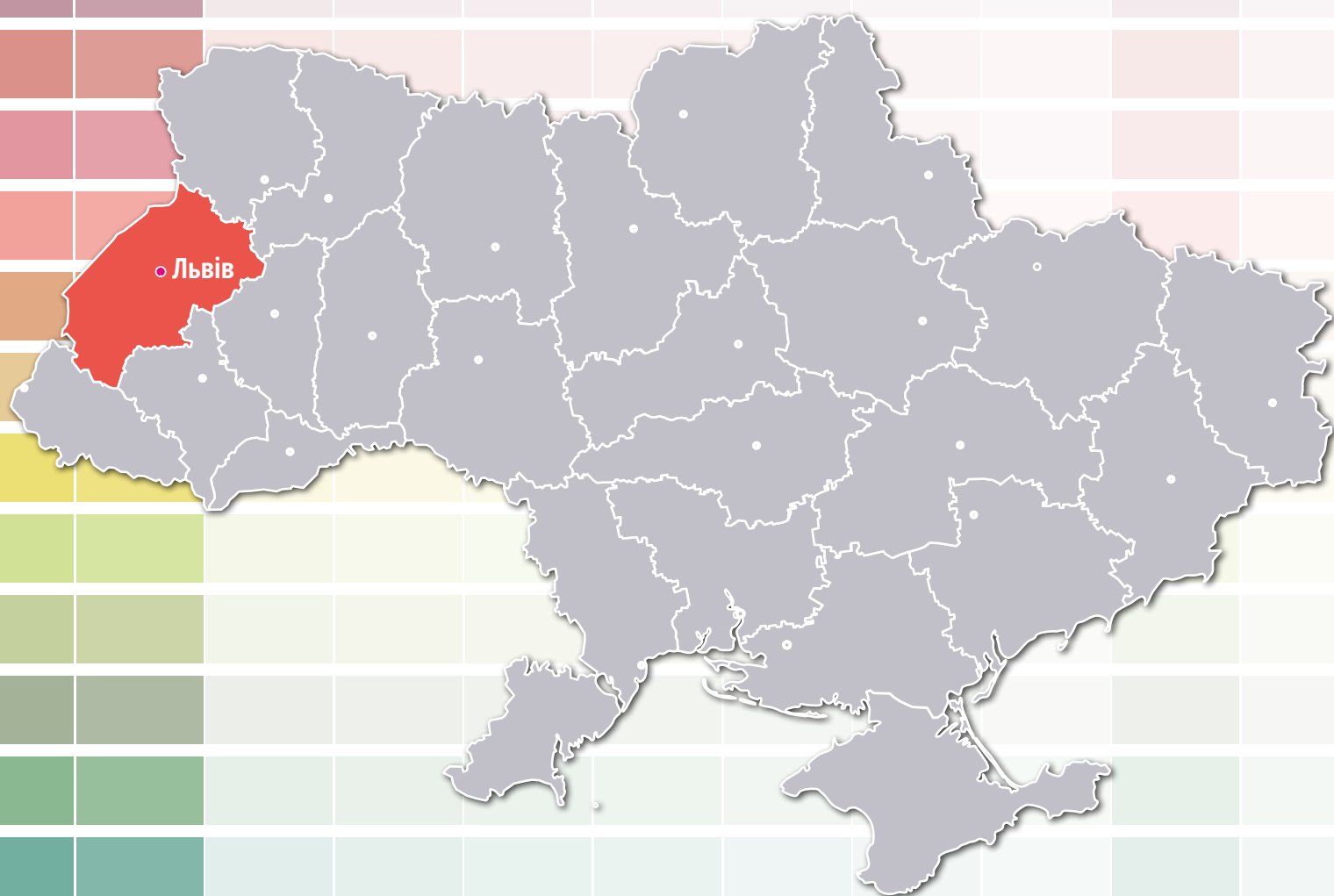


ЗВІТ

«ОЦІНКА ОБЛАСНОЇ ЦІЛЬОВОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу НА 2009–2016 РОКИ»

У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ



ЗВІТ

«ОЦІНКА ОБЛАСНОЇ ЦІЛОВОЇ
СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З
ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу
ЗА 2009–2016 РОКИ»

У **ЛЬВІВСЬКІЙ**
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.83)](047.32)
О-93

Автори звіту:

Служинська М., головний лікар КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

Кутинська О., керівник Центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

Бордіян Я., директор Львівського обласного центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді

Сороколіт А., лікар-епідеміолог Центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

Масюк Л., національний ментор в рамках проведення оцінки, консультант проекту «Метіда» МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Самко М., національний ментор в рамках проведення оцінки, консультант проекту «Метіда» МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Новак Н., національний координатор з оцінки МБФ «Альянс громадського здоров'я»

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Львівській області. Звіт** – Служинська М., Кутинська О., Бордіян Я., Сороколіт А., Масюк Л., Самко М., Новак Н. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 96 с.

ISBN 978-966-137-096-7

Оцінка регіональної програми проведена у співпраці ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань.

У Звіті про результати оцінки регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за 2009–2016 роки у Львівській області висвітлено статистичні та аналітичні дані щодо ВІЛ за 2009–2016 рр., відображено епідемічну ситуацію, стратегічні підходи до організації заходів протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області, стан надання медичної допомоги ЛЖВ.

Використання даних Звіту рекомендовано для оперативного управління, формування стратегії, моніторингу та оцінки заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на всіх рівнях управління незалежно від форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я України.

У рамках дотримання Закону України № 3792-XII від 23.12.1993 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів даної публікації можливе за умови посилання на авторство КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом».

Підготовка цього звіту стала можливою за підтримки Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕТІДА), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансування Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Ця публікація підтримана Угодою про співробітництво № U2GGH000840 з Центрами США з контролю та профілактики захворювань (CDC). Відповідальність за зміст публікації лежить винятково на її авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів США з контролю та профілактики захворювань.

Контактні телефони:

(032) 2751923 КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

(032) 2610942 Львівський обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді



УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.83)](047.32)

ISBN 978-966-137-096-7

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2018

ЗМІСТ

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	4
2. СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	6
3. ВСТУП	8
4. МЕТОДОЛОГІЯ	10
5. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	13
5.1. Основні характеристики розвитку епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ГПР за даними біоповедінкових досліджень.. . . .	13
5.2. Крос-секційний каскад послуг ЛЖВ станом на 01.01.2017 року.	18
5.3. Аналіз впровадження АРТ	20
5.4. Аналіз заходів КіТ на ВІЛ	24
5.5. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають наркотики	31
5.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу	38
5.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками.	43
6. ВИСНОВКИ	49
7. РЕКОМЕНДАЦІЇ	51
8. ПЛАН ЗАХОДІВ	56
ДОДАТОК 1.	59
ДОДАТОК 2.	69

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

Передумови

На сьогодні Україна має національну стратегію щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, яка затверджена на законодавчому рівні та має назву Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

Оцінка регіональної програми є важливим кроком у підготовці розробки регіональних програм на 2019–2023 роки, які мають відповідати новій стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track), та забезпечить виконання цільових показників «90-90-90».

Методи

Підхід до оцінки регіональних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу впродовж 2009–2016 рр. поєднує рекомендації ВООЗ, аналіз індикаторів впливу, каскадний аналіз та здійснювався у форматі кабінетного дослідження. Визначено тенденції індикаторів впливу на епідемію, опрацьовано показники Плану МіО, дані офіційної статистики, результати біоповедінкових досліджень, програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я», моделювання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в програмі SPECTRUM.

У рамках оцінювання проаналізовано результати реалізації регіональної програми за ключовими напрямками ВООЗ, які мають найбільший вклад у каскад лікування, а саме: АРТ, КіТ, профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН, ПКС та ЧСЧ.

За підсумками оцінювання побудовано каскад послуг для ЛЖВ у Львівській області, проведено аналіз реалізації заходів протидії ВІЛ-інфекції по кожному з п'яти оцінюваних напрямів. Представлені у Звіті результати дослідження надають інформацію про основні епідеміологічні тенденції щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні впродовж 2009–2016 рр., спектру послуг та рівня доступу представників ключових груп населення до програм профілактики і лікування. Відповідно до результатів Оцінки сформульовано відповідні рекомендації для національного та регіонального рівнів.

Оцінка регіональних програм здійснена фахівцями КЗ «Львівський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань.

Результати

У Львівській області спостерігається уповільнення розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, її територіальна і демографічна нерівномірність та «старіння». Упродовж 2009–2016 рр. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію демонстрував стабільні значення. Більшу частку зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ склали мешканці міст, старших вікових груп (від 30 років), переважно чоловічої статі, з III–IV стадіями ВІЛ-інфекції, які інфікувалися задовго до взяття під медичний нагляд. Щорічна кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед молоді (15–24 роки) зменшується, що у комплексі з даними інших джерел свідчить про зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молодших вікових груп.

Епідемічний процес за показниками захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед працівників комерційного сексу та людей, які вживають ін'єкційні наркотики, має ознаки стабілізації, що свідчить про ефективність профілактичних програм у регіоні. Водночас люди, які вживають ін'єкційні наркотики, продовжують суттєво впливати на показники захворюваності: 2009 р. – 55%, 2016 р. – 29,8% серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Проте така ситуація спостерігається на тлі зменшення кількості нових інфікувань ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та більше пов'язана з їх несвоєчасним взяттям під медичний нагляд. Результати епідеміологічного аналізу свідчать про можливість прихованої епідемії серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, що наразі знаходить своє відображення в рутинному моніторингу за ВІЛ-інфекцію (2013 р. – 15 випадків; 2014 р. – 16; 2015 р. – 21; 2016 р. – 38).

Рекомендації

Для своєчасного виявлення ВІЛ-інфекції необхідно й надалі розширювати доступ до тестування на ВІЛ цільових груп населення та забезпечувати надання медичних послуг для осіб з позитивним результатом тестування. Значна частка ко-інфекції ВІЛ-інфекція/ТБ серед уперше зареєстрованих пацієнтів з ВІЛ-інфекцією обумовлює необхідність покращення співпраці між фтизіатричною службою та службою СНІДу.

З метою забезпечення подальшої стабілізації епідемії ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення важливим є розширення охоплення профілактичними програмами чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, та серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (включаючи замісну підтримувальну терапію), а також зберегти рівень охоплення профілактичними програмами працівників комерційного сексу.

Особливу увагу варто зосередити на залученні до профілактичних програм партнерів чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, розширюючи охоплення тестуванням та консультуванням на ВІЛ серед цієї групи, включаючи стратегію самотестування.

2. СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АЕМ	програма моделювання
АРВП	антиретровірусні препарати
АРП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
ВДТБ	вперше діагностований ТБ
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДОЗ	департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ДОЗ ОДА	департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення
КІЗ	кабінет інфекційних захворювань
КІТ	консультування і тестування
КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КЗ	комунальний заклад

ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛОКНД	Львівський обласний клінічний наркологічний диспансер
ЦСССДМ	центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЛРФПЦ	Львівський регіональний фтизіопульмонологічний центр
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг та оцінка
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МП	міська поліклініка
МН	медичний нагляд
МП	мобільні пункти
НУО	неурядова організація
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПКС	працівники комерційного сексу
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу та оцінки
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	Синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	Територіальне медичне об'єднання
УОЗ	Управління охорони здоров'я
УВП	установи виконання покарань
ЦМЛ	центральна міська лікарня
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
PEPFAR	Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

3. ВСТУП

Наразі в Україні національна стратегія щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції затверджена Законом України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки».

На відміну від більшості областей України, у Львівській області до 2016 р. щорічні заходи з виконання Закону України щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу затверджувалися лише наказом департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Проте починаючи з 2016 р. рішенням III чергової сесії VII скликання Львівської обласної ради від 16.02.2016 № 78 ухвалено рішення «Про затвердження Комплексної програми надання медичної допомоги мешканцям Львівської області на 2016 р.», згідно з яким затверджено додаток 3, пункт 1.5 («Перелік завдань, заходів та показників обласної (бюджетної) цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу»). Програма передбачала виділення 1567,7 тис. грн. на протидію ВІЛ-інфекції. Також Рішенням III чергової сесії VII скликання Львівської обласної ради від 01.03.2016 № 101 ухвалено рішення «Про внесення змін до Комплексної програми надання медичної допомоги мешканцям Львівської області на 2016 р.», згідно з яким внесено зміни у додаток 3 пункту 1.5 («Перелік завдань, заходів та показників обласної (бюджетної) цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу») шляхом включення соціального компоненту («Заходи з догляду та підтримки ВІЛ-позитивних осіб») до Комплексної програми на загальну суму 136,8 тис. грн.

Метою як заходів, так і Комплексної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки ЛЖВ.

До впровадження завдань та заходів департаменту охорони здоров'я були залучені ЗОЗ області, структурні підрозділи обласної державної адміністрації, територіальні підрозділи органів виконавчої влади, НУО.

Фінансування заходів з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області за кошти місцевого бюджету становило на 2013 р. – 590 тис. грн.; 2014 р. – 627,4; 2015 р. – 640,6; 2016 р. – 1541,2 тис. грн.

Наразі Україна не має досвіду комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм. Зважаючи на те, що обласні профілі епідемії ВІЛ/СНІДу різняться, впроваджено оцінювання відповіді кожного регіону на епідемію з метою виявлення специфічних для кожної області питань, що потребують особливої уваги. Дана Оцінка є важливим кроком у підготовці розробки регіональних програм на 2019–2023 рр., які мають відповідати новій стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track), і забезпечить виконання цільових показників «90-90-90».

Оцінка регіональної програми проводилася у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань.

Мета

Оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу і надати рекомендації щодо формування національної та регіональної програм на 2019–2023 рр.

Завдання:

Проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, досягнення індикаторів регіональної програми, цільових показників «90-90-90».

Проаналізувати реалізацію регіональної програми за ключовими напрямками ВООЗ.

Проаналізувати реалізацію регіональної програми, розглянувши заходи, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги.

Розробити рекомендації для формування національної та регіональної програм для забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на обласному рівні.

Використання результатів Оцінки забезпечить інформування громадян про хід реалізації програми та її результати, сприятиме аргументованому обґрунтуванню планування та реалізації заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, раціональному розподілу фінансових та управлінських ресурсів, підвищенню якості управління та результатів програми.

4. МЕТОДОЛОГІЯ

Підхід регіональної Оцінки поєднує рекомендації ВООЗ, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз.

Оцінка регіональної програми (далі – Програма) починалася з кабінетного дослідження. Оцінювався вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу. Для цього було обрано ключові індикатори впливу (захворюваність, смертність, поширеність), включаючи індикатори Плану МіО, досягнення каскадних індикаторів, визначених на рівні регіону (Рис.1).



Рис. 1. Типи індикаторів, які були використані для оцінки регіональної Програми.

У рамках проведення Оцінки побудовано каскад послуг ЛЖВ. В основі його побудови використовувалися рекомендації ВООЗ, які адаптовано з урахуванням особливостей системи епідагляду на регіональному рівні.

Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів сформовано перелік індикаторів, які не досягли цільових значень або опосередковано свідчать про необхідність додаткового вивчення ситуації.

Для цього було сформовано *блок підпитань* для додаткового пошуку інформації.

ВООЗ виділяє 15 основних напрямів для проведення оцінювання. У рамках проведення оцінки було обрано п'ять напрямів програмних заходів регіональної програми, які мають найбільший вклад у каскад лікування:

- АРТ (включно з АРТ для КГН та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ)
- КіТ (включно з ПТВ серед КГН)
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для ПКС

Кожен з цих напрямів був оцінений за запитаннями, які пропонує ВООЗ:

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?
2. Чи охоплені потрібні люди?
3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?
4. Чи здійснюються ці заходи правильно?
5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Було проведено співставлення заходів Програми із визначеними «проблемними» запитаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці запитання зібрано вторинні дані, аналіз яких дозволив сформулювати **другий блок підпитань**.

Два блоки підпитань об'єднано у загальний список проміжних запитань, для відповіді на які зібрано додаткові дані. Збір інформації відбувався за наступними основними джерелами: СЕМ; РЕН; дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед КГН за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень; дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX); дані прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в програмі SPECTRUM; дані спеціальних досліджень; інші (залежно від потреб).

За результатами додаткового збору кількісних даних проведено синтез та аналіз даних, який дав відповідь на запитання щодо чинників впливу на результативність Програми. Схема загального підходу Оцінки зображена на **Рис. 2а**.



Рис. 2а. Схема загального підходу до оцінки Програми.

До проведення Оцінки були залучені експерти від ЗОЗ, НУО, сектора медичного забезпечення Західного міжрегіонального управління з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України, представники КГН у форматі засідання робочих груп. 7 вересня 2017 р. на засіданні робочої групи з обговорення попередніх результатів оцінки регіональної програми за період 2009–2016 рр. були напрацьовані рекомендації по удосконаленню заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. в регіоні та на національному рівні.

Для координації процесу збору, аналізу, синтезу даних та підготовки проміжного і остаточного звітів було запроваджено механізм національних менторів, організаційно-методична допомога яких надавалася у форматі електронного листування, скайп-нарад та моніторингових візитів.

5. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

5.1. Основні характеристики розвитку епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ГПР за даними біоповедінкових досліджень.

Епідемія ВІЛ-інфекції залишається серйозною проблемою системи охорони здоров'я Львівської області. Незважаючи на те, що область є територією з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, інтенсивність розвитку епідемічного процесу в області неухильно зростає.

За період 1987–2016 рр. в області офіційно зареєстровано 3263 випадки ВІЛ-інфекції, у тому числі 1012 випадків захворювання на СНІД та 721 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Перші випадки ВІЛ-інфекції зареєстровано в 1989 р., коли було виявлено шість ВІЛ-інфікованих студентів з Африканського континенту (Замбія, Ефіопія, Уганда). Впродовж 1990–1996 рр. зареєстровано 25 ВІЛ-інфікованих мешканців Львівської області з гетеросексуальним шляхом інфікування.

Спалах захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області припав на 1997 р., коли офіційно було зареєстровано 62 нових випадки інфікування ВІЛ, з них 51 (82,3%) випадок склали ЛВІН. Більшість випадків зафіксовано серед мешканців Червоноградської зони (містах Червоноград та Соснівка, смт Гірник) та міста Львова. У подальшому кількість зареєстрованих ВІЛ-інфікованих ЛВІН стала швидко збільшуватися. Переважну більшість складали особи чоловічої статі. Починаючи з 1997 і по 2009 рік показник захворюваності зріс з 2,3 до 18,2 на 100 тис. нас. Динаміка офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції незалежно від стадії захворювання представлена на **Рис. 26**.

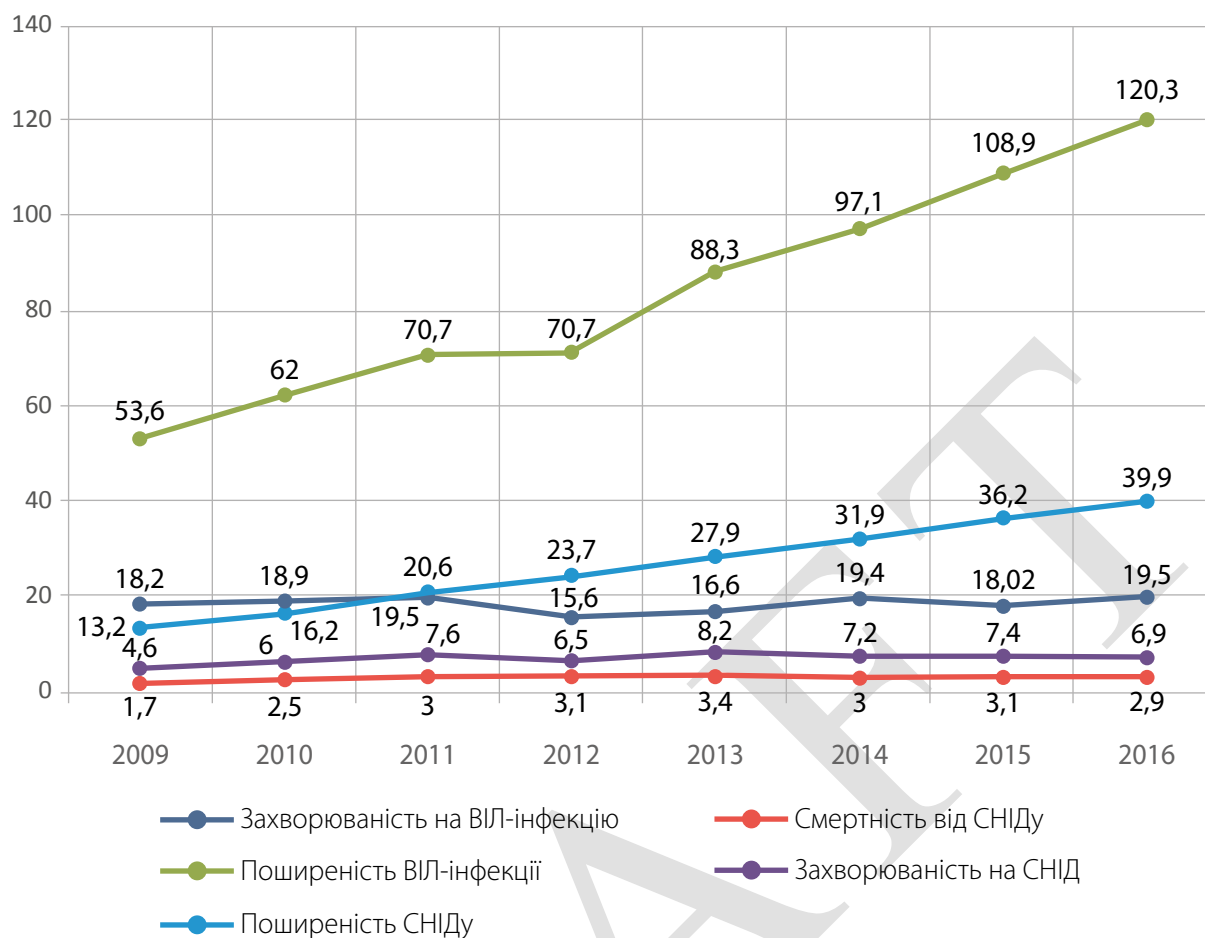


Рис. 2.6. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД, смертність від хвороб, зумовлених СНІДом, та поширеність ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській обл., 2009–2016 рр.

За 2016 рік уперше в житті діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений 490 особам (2012 р. – 393), у тому числі в IV стадії – 176 особам (2012 р. – 165).

Станом на 01.01.2017 р. під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією в області перебувало 3263 хворих. Серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції спостерігається тенденція до зростання статевих шляхів передачі, в основному гетеросексуального. Частка осіб, які інфікувалися статевим шляхом, склала 52,2%, парентеральним – 45,3%. ЛВІН продовжують суттєво впливати на показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію, складаючи від 55% (2009 р.) до 29,8% (2016 р.) серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Проте така ситуація спостерігається на тлі зменшення кількості нових інфікувань ВІЛ серед ЛВІН і більше пов'язана з несвоєчасним взяттям під МН.

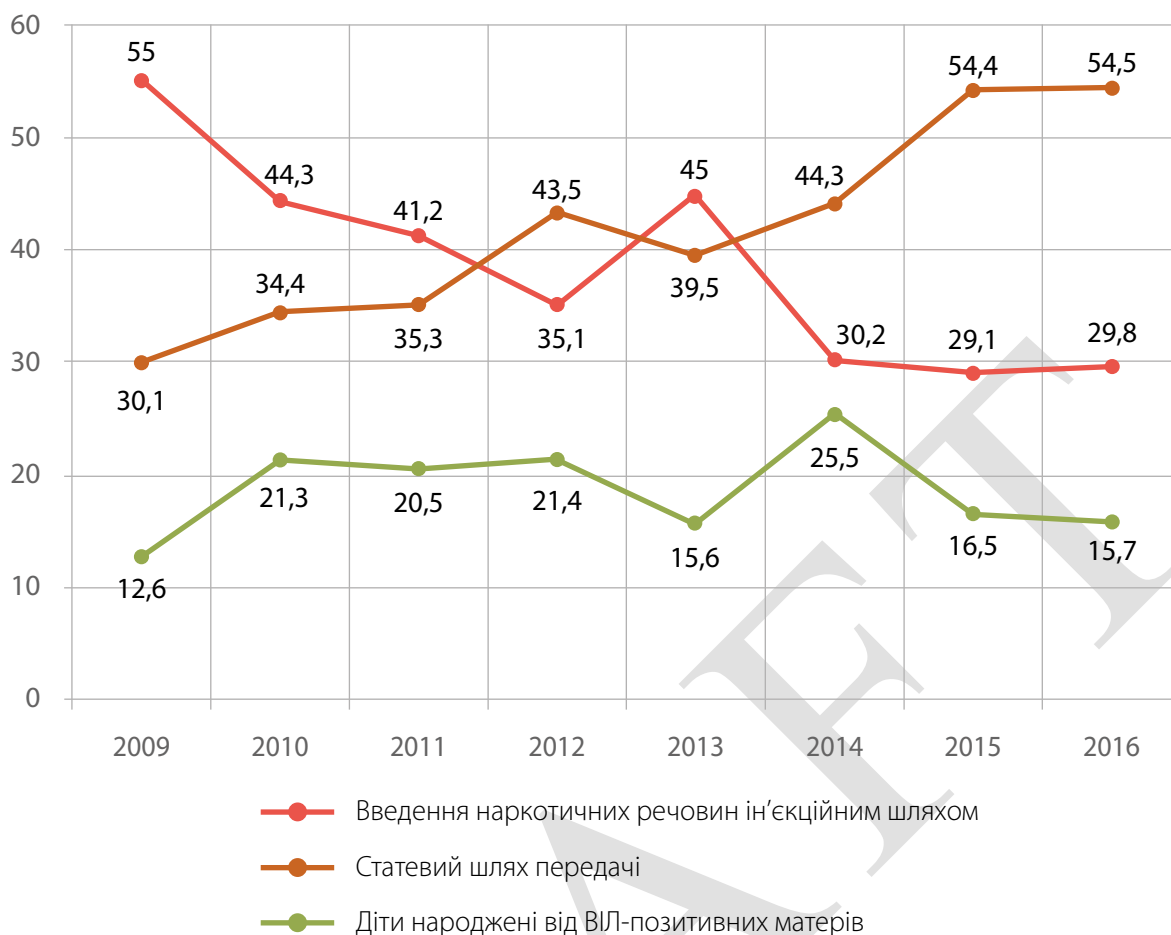


Рис. 3. Шляхи інфікування ВІЛ серед нових офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у Львівській обл., 2009–2016 рр.

Варто зазначити, що питома вага статевого шляху інфікування ВІЛ була вищою, ніж парентерального, у 2012, 2014–2016 рр.

Високою є частка ВІЛ-позитивних серед осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими (2009 р. – 15,6% обстежених методом ІФА, 2016 р. – 23,1%), тих, хто перебував у місцях позбавлення волі (11,8% і 24,0% відповідно), обстежених анонімно (4,1% і 3,4%), ЛВІН (27,9% і 10,2%) та осіб з клінічними ознаками захворювань (3,5% і 3,0% відповідно).

Темп приросту захворювання на ВІЛ-інфекцію у 2016 р., що обраховується за останніх три роки (2013–2015 рр.), зріс на +7,1%, натомість темпи приросту захворювання на СНІД зменшилися на -10,3%, що свідчить про зростаючу тенденцію з розширення доступу до антиретровірусного лікування.

Виявлення ВІЛ-інфекції серед донорів та вагітних за період епідемії не перевищує 1%.

Частота передачі ВІЛ від матері до дитини у 2016 р. (дітей, народжених у 2014 р.) складає 3,09%.

В обласному центрі СНІДу станом на 01.01.2017 р. на офіційному обліку в педіатра знаходилося 238 дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, з них 55 дітей з підтвердженим ВІЛ-статусом (у 13 дітей – стадія СНІДу).

Захворюваність міського населення в 2,2 рази є вищою, ніж сільського.

Упродовж останніх восьми років (2009–2016 рр.) у віковій групі 15 років і старше спостерігається відносно стабільна кількість уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, як серед чоловіків, так і серед жінок 3 2013 року забезпечено 100% обстеження та постановки під МН нових випадків ВІЛ-інфекції серед ув'язнених.

Упродовж 2009–2016 рр. питома вага чоловіків серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком від 15 років і старше була значно вищою, ніж серед жінок, і коливалася у межах 69,3–68,8%. Серед усіх пацієнтів, які перебували під МН на кінець 2016 р., переважали чоловіки (62,7%).

Серед уперше зареєстрованих пацієнтів з ВІЛ-інфекцією упродовж 2010–2016 рр. в середовищі жінок питома вага молодих осіб (до 30 років) є такою ж, як і жінок старшого віку. Разом з тим, частка чоловіків старших вікових груп (від 30 років) була суттєво вищою (64,5%), ніж молодших (35,5%).

За даними епідеміологічного моніторингу, з 2009 року в області зареєстровано 638 випадків смерті серед ЛЖВ, у т.ч. 214 – від захворювань, не пов'язаних з ВІЛ; рівень смертності від СНІДу коливається від 1,7 (2009 р.) до 2,9 на 100 тис. нас. (2016 р.), з максимальним значенням у 2013 р. (3,4). Серед померлих ЛЖВ семеро дітей віком до 14 років та 51,7% ЛВІН. Серед усіх випадків смерті 66,5% пацієнтів (424 випадки) померли від захворювань, зумовлених СНІДом. Інші причини смерті не пов'язані з ВІЛ-інфекцією – це ВГВ, ВГС та цироз печінки вірусної етіології (31,3%), інші захворювання (37,5%) та інші причини (3,3%).

Основною причиною смерті хворих на СНІД залишається ТБ. Упродовж 2009–2016 рр. він складав від 81,8% до 61,6% відповідно. Частка осіб з ВДТБ серед нових випадків СНІДу починаючи з 2010 р. зростає (2010 р. – 60,1%, 2016 р. – 73,9%).

Удвічі зменшилася частка ЛВІН серед взятих на облік хворих у стадії СНІДу (2009 р. – 69,5%, 2016 р. – 39,8%). Натомість 40% людей, знаючи про свою ризиковану поведінку, звернулися в ЗОЗ після появи клінічних ознак захворювання.

Найбільшу частку випадків ВІЛ-інфекції вносять ЛВІН-чоловіки (55,3%), на другому місці жінки – внаслідок незахищених статевих стосунків (20,5%), на третьому – ЧСЧ (7,0%), на четвертому – клієнти ПКС (6,1%), на п'ятому/шостому – ЛВІН-жінки та інші (по 5,5%).

Станом на 01.01.2017 р. під МН перебувало 3026 ЛЖВ віком 15 років і старше, а їх оціночна кількість за даними програми АЕМ становила 5177 осіб. За даними моделювання з використанням програми SPECTRUM аналогічний показник оціночної кількості ЛЖВ становив 4500 осіб (результати затверджено Львівською обласною координаційною радою з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам – рішення від 28.03.2017 р.).

Співвідношення між показником перебування під МН та оціночними даними поширеності ВІЛ-інфекції становить 1:1,7 (АЕМ) та 1:1,5 (SPECTRUM), що свідчить про неповний медичний нагляд ЛЖВ.

Упродовж 2009–2016 рр. частка осіб, яких було взято під МН у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, від загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції є доволі високою і коливається в межах від 33% (2009 р.) до 44% (2016 р.).

Реєстрація нових випадків ВІЛ-інфекції у різних адміністративно-територіальних одиницях області є нерівномірною. Так, упродовж 2009–2016 рр. кумулятивно найбільшу кількість таких випадків було виявлено у містах – 83,7%, значно менше в районах – 16,3% та 4,2% в інших відомчих службах (**Табл. 1**).

Серед міст області найбільшу кількість нових випадків ВІЛ-інфекції виявлено у Львові – 35,9% (1321 випадок), Червонограді – 9,0% (332 випадки) та Дрогобичі – 5,2% (192 випадки), що складає близько половини всіх випадків по області.

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу на території області поширена нерівномірно.

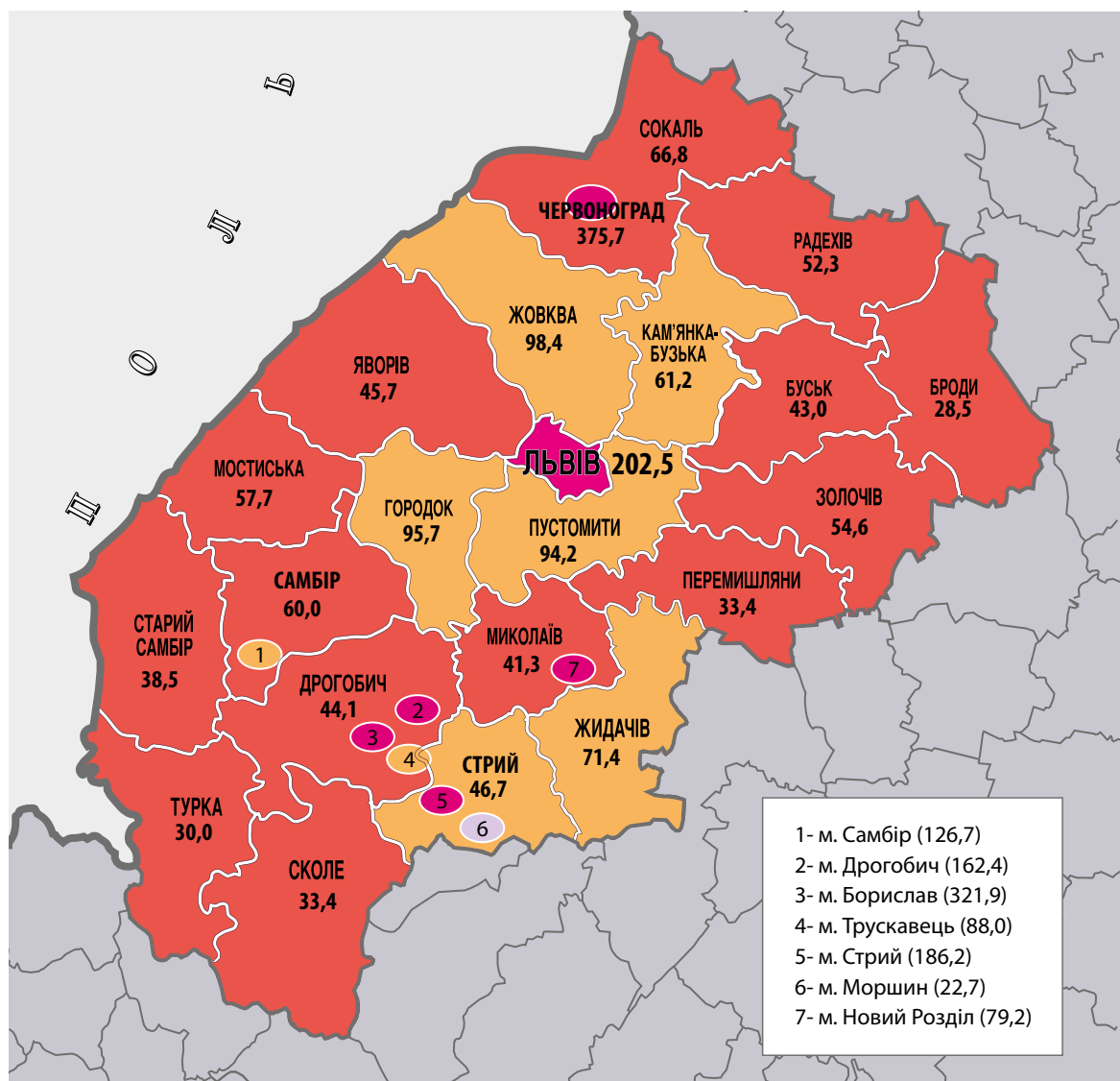


Рис. 4. Поширеність ВІЛ-інфекції/СНІДу станом на 01.01.2017 р. за адміністративно-територіальними одиницями Львівської обл.

Поширеність ВІЛ-інфекції, як і СНІДу, зросла в 2,2 рази: ВІЛ-інфекції з 53,6 випадків на 100 тис. нас. у 2009 р. до 120,3 випадків у 2016 р. (в 2,2 рази), а поширеність СНІДу – з 18,2 у 2009 р. до 39,9 у 2016 р.

Про територіальну гетерогенність поширення ВІЛ-інфекції у регіоні свідчать показники поширеності епідемії у містах Червоноград (375,7 на 100 тис. нас.), Борислав (321,9), Львів (202,5), Стрий (186,2), Дрогобич (162,4) та Самбір (126,7), які суттєво перевищували значення відповідного показника в цілому по області (129,7), що обумовлено значною кількістю ЛВІН (64,6% від оціночної кількості), часткою ПКС (82,7%) і ЧСЧ (83,3%), а також більшою міграцією населення.

Проведений аналіз дозволив визначити такі основні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області:

- за підсумковою територіальною рейтинговою оцінкою епідемічного процесу, Львівська область має низьку інтенсивність епідемії;
- територіальна нерівномірність поширення епідемії ВІЛ-інфекції в області з переважним залученням міського населення та поступовим поширенням у сільські населені пункти;

- у віковій структурі ВІЛ-інфікованих осіб спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб старше 30 років;
- дані РЕН 2010–2016 рр. щодо відносно низької питомої ваги чоловіків молодших вікових груп серед зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції у комплексі з даними СЕМ щодо зменшення частки осіб віком 15–24 роки, які мали позитивний результат підтверджувального неанонімного тестування на ВІЛ, є вагомим аргументом на користь можливого зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед молодих чоловіків. Водночас дані РЕН не дозволяють зробити таке припущення щодо молодих жінок;
- впродовж 2013–2014 рр. зафіксовано зниження темпу приросту захворюваності на ВІЛ, а в 2015–2016 рр. – зменшення;
- тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних та донорів;
- охоплення ВІЛ-позитивних осіб МН в області залишається на недостатньому рівні. Частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, зростає;
- результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу;
- епідеміологічної значущості все більше набуває статевий шлях передачі ВІЛ. Попри відносне зменшення питомої ваги парентерального шляху інфікування ВІЛ у структурі шляхів передачі збудника інфекції, є тягар епідемії серед ЛВІН внаслідок парентерального та статевих шляхів¹;
- впродовж 2009–2016 рр. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області поступово зростав з темпом приросту в 2016 р. на 27,1% проти 3,5% у 2015 р.;
- впродовж 2009–2016 рр. показник захворюваності на СНІД в області поступово зростав і становив 6,9 випадки на 100 тис. нас.;
- рівень смертності від СНІДу з 2011 р. поступово знижувався і складав у 2016 р. 2,9 випадки на 100 тис. нас.;
- показники поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу мають тенденцію до зростання і складають станом на 01.01.2017 р. 39,9 та 120,3 випадки на 100 тис. нас. відповідно.

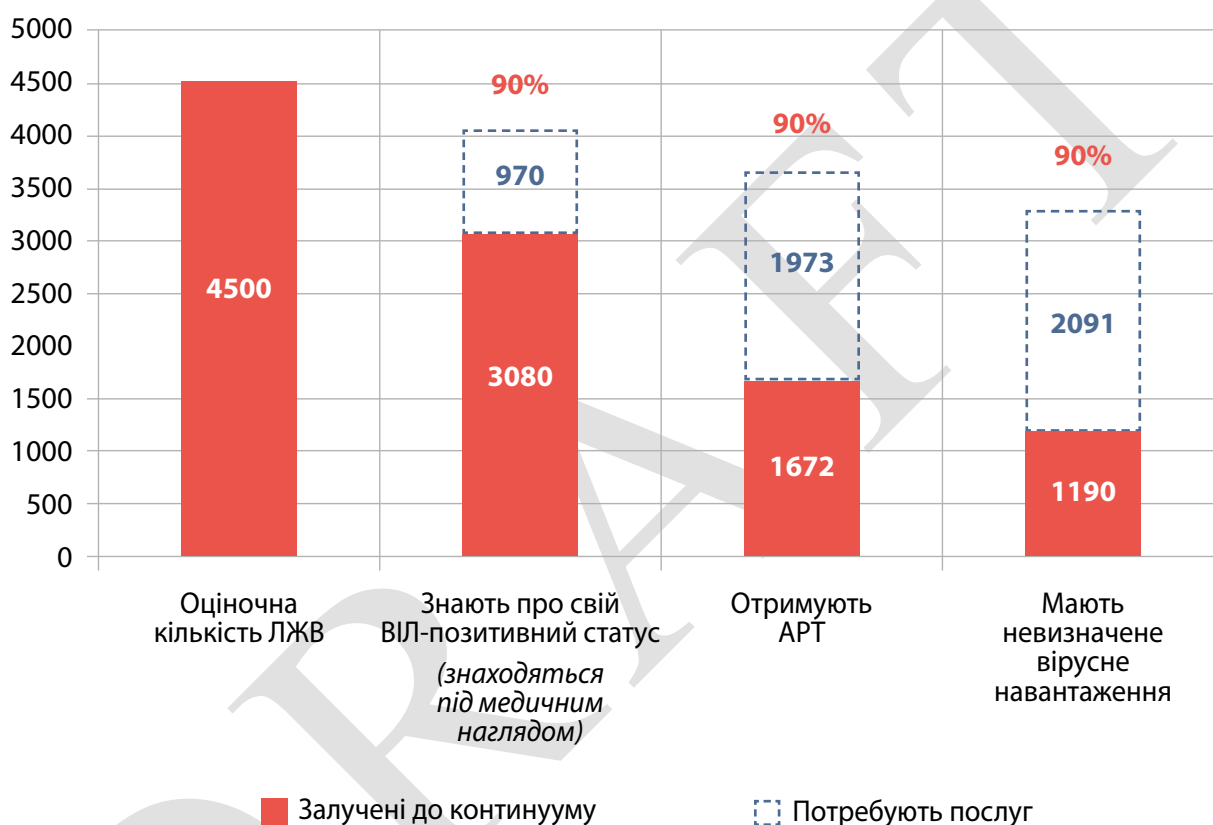
5.2. Крос-секційний каскад послуг ЛЖВ станом на 01.01.2017 року

Регіональна оцінка ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу побудована на основі регіональних демографічних даних, рутинних даних епідеміологічного, клінічного та лабораторного моніторингу, оновлених у 2016 р. регіональних оцінок чисельності ЛВІН, ПКС, ЧСЧ та результатів біоповедінкових досліджень.

1 ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 47, 2017 р.

Отримані результати було розглянуто та погоджено на засіданні обласної координаційної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам при облдержадміністрації 28.03.2017 р. За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP 5.5, у Львівській області на початок 2017 р. мешкало 4500 ЛЖВ усіх вікових категорій, а за даними офіційної статистики під МН у ЗОЗ області перебувало 3080 ЛЖВ (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження). Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості ЛЖВ складає 1,5:1, тобто кожна третя особа із числа ЛЖВ в області не звернулася за медичною допомогою та не перебувала на обліку в ЗОЗ.

Каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 р. в Львівській області



4500 ЛЖВ – оціночна кількість ЛЖВ у Львівській області станом на 01.01.2017 р. (усі вікові категорії).

3080 ЛЖВ (68,4% від оціночної кількості) знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під МН у ЗОЗ служби СНІДу. Дані щодо кількості ЛЖВ, які перебувають під МН, отримані та узагальнені за результатами офіційної статистичної звітності по Львівській області, не враховують кумулятивну кількість померлих ВІЛ-інфікованих осіб та дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження (183 дитини). Для досягнення перших 90% стратегії Fast Track залишилося не виявленими та не взятими під МН ще 970 ЛЖВ. На кінець 2016 р. активна диспансерна група становила 67% від загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували під МН.

1672 ЛЖВ (45,9%) від розрахункової кількості ЛЖВ на АРТ охоплені даною послугою. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast Track не залучено до АРТ ще 1973 ЛЖВ.

1190 ЛЖВ (36,3% від розрахункової кількості ЛЖВ, які повинні отримувати АРТ та мати невизначуваний рівень ВН) досягли цього рівня (за даними результатів досліджень щодо вірусологічної ефективності АРТ за 2016 р.). Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast Track необхідно, щоб ще 1973 ЛЖВ отримували АРТ і рівень їхнього ВН був невизначуваним.

5.3. Аналіз впровадження АРТ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

АРТ є невід'ємним компонентом програми надання комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам поряд з профілактикою та лікуванням опортуністичних інфекцій і супутніх захворювань. Рівень охоплення АРТ має прямий зв'язок з інтенсивністю захворювання та смертністю від хвороб, зумовлених СНІДом, і прямий вплив на зменшення передачі ВІЛ. У 2016 році 1672 ЛЖВ отримували послугу АРТ, з них: діти до 18 років – 54 особи (3%), дорослі – 1618 (97%), чоловіки – 1040 (62%), ЛВІН – 108 (6,5%), кількість ЛЖВ з патологією активний ТБ – 117 осіб (7%).

Кількість пацієнтів, охоплених послугою АРТ, збільшилася з 154 осіб (10,2%) у 2009 р. до 1672 осіб (51,2%) у 2016 р., відповідно зменшилася частка померлих серед ЛЖВ, які отримували АРТ (2013 р. – 4,6%; 2016 р. – 2,1%), і збільшилася серед осіб, які не отримували АРТ (2013 р. – 36,3%, 2016 р. – 42,7%).

Основною причиною смерті ЛЖВ, які були на АРТ, залишається ТБ. Констатується збільшення даної частки осіб серед когорти померлих (2013 р. – 55%, 2016 р. – 77,1%).

Висновки

1. Впровадження АРТ в області сприяє зменшенню рівня смертності серед ЛЖВ, які отримують АРТ (2016 р. – 2,1%).
2. Частка смертності серед хворих на ТБ серед ЛЖВ, які отримували АРТ, залишається на високому рівні (2016 р. – 77,1%).

Чи охоплені потрібні люди?

Частка ЛЖВ, які знаходилися під МН та отримували АРТ, зросла з 38,5% (2013 р., 961 особа, з них: діти віком до 18 років – 40 осіб (4%), дорослі – 921 особа (96%), чоловіки – 561 особа (58%) до 51,2% (2016 р., 1672 особи, з них: діти віком до 18 років – 54 особи (3,2%), дорослі – 1618 осіб (96,8%), чоловіки – 1065 осіб (63,7%). З активної диспансерної групи станом на 01.01.2017 р. отримують АРТ 74,3% ЛЖВ, а із загальної – 51,2%. Відзначається тенденція до зниження частки ЛЖВ, які входили до активної диспансерної групи, потребували, але не отримували АРТ (2013 р. – 3,8%, 2016 р. – 3,2%). Станом на 01.01.2017 р. частка ЛЖВ від оціночної кількості в області (4500 осіб), які отримували АРТ, становила 37,2%, що є недостатнім для впливу на смертність представників цієї групи.

Станом на 01.01.2017 р. частка ЛВІН складає 6,5% від загальної кількості осіб, які отримують АРТ, засуджених – 7,18%; з поєднаною патологією ТБ/ВІЛ – 6,7%.

З метою максимального залучення до АРТ хворих на поєднану патологію ВІЛ-інфекція/наркоманія та формування прихильності до АРТ з 2007 р. впроваджена програма ЗПТ для осіб з опіоїдною залежністю. В області функціонує шість сайтів ЗПТ (на базі обласного центру СНІДу, ЛОКНД, Дрогобицька МП, Стрийська та Червоноградська ЦМЛ, ЛРФПЦ.). Незважаючи на те, що частка ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримували інтегровану допомогу ЗПТ/АРТ, зросла з 43,8% (2013р.) до 51,6% (2016 р.), проте значення даного індикатора є недостатнім, щоб вплинути на епідемію належним чином.

Попри те, що кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, зросла, залишається частка осіб, які не отримували АРТ з різних причин: асоціальна поведінка, вживання ін'єкційних наркотиків, відсутність підтримки з боку близького оточення щодо необхідності прийому АРТ, недостатній рівень соціально-психологічного супроводу НУО, низька мотивація та недостатня поінформованість КГН щодо можливості отримання АРТ. Обсяг послуг з АРТ для КГН, як і для загального населення, надається в 303 різних адміністративно-територіальних одиниць області, а саме на сайтах АРТ обласного центру СНІДу, Дрогобицькій МП, Стрийській та Червоноградській ЦМЛ, ЛРФПЦ, Золочівській та Жовківській ЦРЛ, Бориславській ЦМЛ. Проте лише половина ЛЖВ охоплені послугами з догляду та підтримки за участі НУО (2016 р. – 56,2%). З метою адекватності надання послуг БО «БТ «Мережа м. Львів» спільно із 303 у 2016 р. було охоплено 1653 клієнти за напрямом «Соціальний супровід лікування ВІЛ-позитивних осіб». Відповідно до рішення Львівської облради від 01.03.2016 р. № 101 «Про внесення змін до Комплексної програми надання медичної допомоги мешканцям Львівської області на 2016 рік, затвердженої рішенням ЛОР від 16.02.2016 № 78», забезпечено в 2016 р. з обласного бюджету соціальними послугами з догляду та підтримки 160 ЛЖВ, які перебувають під МН у 303 області.

Впродовж 2009–2016 рр. у 303 Львівській області зафіксовано 23 випадки (1,34%) ускладнень/побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що пов'язані з отриманням АРТ, проте відміни препаратів не було.

Висновки

1. Причинами недостатнього охоплення ЛЖВ АРТ є низький рівень соціально-психологічного супроводу, а саме поінформованості ЛЖВ щодо можливості отримання АРТ.
2. Недостатній рівень охоплення ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які перебувають у програмі ЗПТ, послугами з АРТ (2016 р. – 51,6%).

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

З метою розширення доступу ВІЛ-інфікованих до АРТ в області здійснюється децентралізація надання послуг ВІЛ-інфікованим. Сайти АРТ розміщені на базі 303 третинного (обласний центр СНІДу, ЛРФПЦ) та вторинного рівня (на базі шести КД 303) надання медичної допомоги.

Станом на 01.01.2017 р. послуга з АРТ надається у восьми 303 області (обласний центр СНІДу, ЛРФПЦ та шість сайтів АРТ). Послуги з АРТ надаються і в установах ДКВС області після попередньої консультації лікаря-інфекціоніста обласного центру СПІДу та лікаря-інфекціоніста міжобласної багатoproфільної лікарні м. Львова при УВП № 19. У 2016 році 19,1% 303 області (8 із 42) надають послуги з АРТ. Проте наразі кількість сайтів АРТ на базі 303 є недостатньою, що пов'язано із збільшенням кількості ЛЖВ, які перебувають під МН (2016 р. – 3263 осіб), зокрема, переважно в обласному центрі СНІДу.

В області функціонує шість установ, які надають послуги з догляду та підтримки для КГН, а саме: БФ «Салюс», ГО «Дорога», БФ «Аванте», Центр СНІДу, ДКВС, БО «БТ «Мережа» (м. Львів). Зокрема, БО «БТ «Мережа» надає консультативні послуги соціального працівника, які включають: формування прихильності до АРТ та медичних послуг, скринінг на ТБ, оцінка прихильності до АРТ, доставка АРТ, сприяння проходженню діагностики тощо. Кількість ЛЖВ, охоплених послугами з догляду та підтримки за участі НУО, в 2016 р. становила 56,2%.

У Львівській області станом на 01.01.2017 р. функціонує 29 закладів, а саме: 18 тубкабінетів ЦРЛ/ЦМЛ; 11 протитуберкульозних 303, що надають інтегровану допомогу ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ТБ/ЗПТ.

Висновки

1. Недостатня кількість сайтів, які надають послуги з АРТ відповідно до потреб ЛЖВ, які проживають у віддалених від обласного центру районах (Жидачівський, Самбірський райони).
2. Недостатня кількість установ, які надають послуги з догляду та підтримки для КГН (2016 р. – 13,0%).
3. Недостатній рівень охоплення ЛЖВ послугами з догляду та підтримки (2016 р. – 56,2%).

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Частка ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВІЛ, у 2016 р. становила 82,8% (з них 61,8% ЛЖВ, які отримували АРТ, мали невизначуване ВІЛ) проти 37% у 2014 р. (з них 17,9% мали невизначуване ВІЛ). Індикатор утримання на АРТ через 12 міс. після її початку в 2016 р. становив 89,5%, через 24 міс. – 85,1%, через 36 міс. – 89,6%. Лабораторний моніторинг АРТ доступний для всіх пацієнтів і здійснюється у повній відповідності з національними клінічними протоколами.

Питома вага ЛЖВ, які охоплені послугами догляду та підтримки, становила 56,2% у 2016 р. проти 27,6% у 2013 р. Незважаючи на позитивну динаміку показника, КГН залишається поза програмами догляду та підтримки, зокрема у тих районах, де на базі КД ЗОЗ функціонують сайти АРТ, проте відсутні штатні посади соціальних працівників, а саме в м. Борислав та Стрийському, Золочівському і Жовківському районах області, що є причиною недостатньої поінформованості КГН щодо можливості отримання послуг АРТ.

З метою належного охоплення послугами з догляду та підтримки КГН, які отримують АРТ, АРТ/ЗПТ, необхідно територіально розширити надання даних послуг, зокрема у тих містах, на базі ЗОЗ яких функціонують сайти АРТ.

Висновки

1. Обсяг послуг з догляду та підтримки для КГН в різних адміністративно-територіальних одиницях області розподілений нерівномірно та є недостатнім (56,2% у 2016 р.), зокрема на сайтах АРТ ЗОЗ, де не передбачені посади соціального працівника й не працюють НУО.
2. Не передбачено посади соціальних працівників на сайтах АРТ ЗОЗ, де не працюють НУО.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Незважаючи на позитивну тенденцію збільшення показника охоплення АРТ ЛЖВ у 2016 р., що становив 51,2% від загальної кількості ЛЖВ, які перебували під МН, проти 38,5% у 2013 р., відзначається необхідність посилення співпраці між службою СНІДу, протитуберкульозною службою та НУО щодо забезпечення своєчасного доступу хворих, у т.ч. на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, до медичних та соціальних послуг, формування прихильності до АРТ у даного контингенту населення.

Функціонуюча модель надання послуг не відповідає стратегії Fast Track «90-90-90», тому необхідно проводити децентралізацію послуг для ЛЖВ у ЗОЗ міст та районів області, у т.ч. на первинну ланку, з подальшим призначенням АРТ сімейними лікарями.

Відсоток фактичного фінансування заходів АРТ з Держбюджету в області становив 90,0% у 2016 р. проти 85,4% у 2013 р. Проте у Львівській області прослідковується подальша залежність від міжнародних джерел фінансування. Загальна частка фактичного фінансування Програми від запланованого у 2016 р. становила 42,4% з Держбюджету та 100% – з місцевого бюджету.

Кадровий потенціал ЗОЗ області, що працюють у сфері ВІЛ-інфекцій/СНІДу, зокрема в районних ЗОЗ є недостатнім, оскільки обов'язки лікаря-інфекціоніста КД покладено на лікарів КІЗ, відповідно зростає навантаження на даних фахівців. Середня кількість ЛЖВ, які обслуговуються одним лікарем-інфекціоністом зросла з 41 у 2009 р. до 88 у 2016 р. Проте в розрізі ЗОЗ ця кількість розподілена нерівномірно. Найбільшим є навантаження на лікаря-інфекціоніста в центрі СНІДу, на сайтах АРТ Червоноградської та Стрийської ЦМЛ, Дрогобицької МП, де воно досягає 100 пацієнтів у рік, найменше – на сайтах АРТ Жовківської ЦРЛ – близько 30 пацієнтів. У зв'язку з цим необхідно активно проводити децентралізацію послуг з АРТ, розширюючи мережу сайтів АРТ у ЗОЗ міст та районів області з кадровим забезпеченням та відповідною підготовкою й мотивацією лікарів.

Для планування потреб в АРВП в обласному центрі СНІДу функціонує інформаційна система планування «Інструмент планування АРВП». Також у ЗОЗ, де наявні сайти АРТ, впроваджена інформаційна система «Моніторинг програми лікування STMA», завдяки якій відстежується прихильність пацієнтів до АРТ, призначення/заміна схем АРТ тощо. На обласному рівні в 2016 р. щоквартально здійснювався аналіз виконання завдань, заходів та показників, зокрема, в контексті забезпечення моніторингу ефективності АРТ, Комплексної програми надання медичної допомоги мешканцям Львівської області з інформуванням бюджетної комісії обласної ради. Система планування потреб в АРТ визначається на національному рівні залежно від кількості пацієнтів, які потребують АРТ, клінічних показів/протипоказів до застосування груп препаратів та доведеної квоти фінансування. Квота спочатку розподіляється на пацієнтів, які вже отримують АРТ, а залишок – на нових пацієнтів згідно плану набору, доведеного ЦГЗ.

Існуюча модель надання послуг не в повному обсязі відповідає стратегії Fast Track «90-90-90», тому для досягнення цілей необхідним є залучення усієї системи охорони здоров'я області, у т.ч. первинної ланки надання медичної допомоги з подальшим призначенням ними АРТ, розширенням мережі сайтів АРТ у ЗОЗ міст і районів області з відповідним кадровим ресурсом та підготовкою спеціалістів. На сьогодні рівень охоплення АРТ залишається недостатнім, оскільки станом на 01.01.2017 р. охоплено АРТ-терапією 37,2% ЛЖВ від оціночної кількості (4500 осіб).

Висновки

1. Здійснювані заходи не є релевантними та недостатні для виконання цілей стратегії Fast Track «90-90-90».
2. Недостатньою є кількість сайтів АРТ у ЗОЗ області для охоплення ЛЖВ послугами АРТ.
3. Наявні кадрові ресурси не забезпечують потребу в якісному наданні послуг для ЛЖВ.
4. Фактичне фінансування АРТ не в повному обсязі відповідає запланованому.

5.4. Аналіз заходів КіТ на ВІА

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Обсяги тестування закладами охорони здоров'я ЛВІН є недостатніми, проте спостерігається їх зростання – з 469 обстежень у 2009 р. до 629 обстежень у 2016 р. Натомість рівень інфікованості ВІЛ зменшився з 27,9% у 2009 р. до 10,2% у 2016 р.

Значно зменшився обсяг тестування пацієнтів з ІПСШ: з 1453 осіб у 2009 р. до 673 осіб у 2016 р.

Варто зазначити, що покращилася ситуація із тестуванням осіб з незахищеними статевими стосунками: з 372 осіб у 2009 р. до 929 осіб у 2016 р.

Аналогічна ситуація і з тестуванням призовників: 2435 осіб тестовано в 2009 р. і 4 330 – у 2016 р., відповідно зросла й інфікованість – з 0,08% у 2009 р. до 0,2% у 2016 р.

Щороку тестується понад 25 тис. донорів, інфікованість серед них дещо зменшилася: з 0,145 у 2009 р. до 0,075 у 2016 р.

У цілому покращується показник охоплення МН ВІЛ-позитивних осіб у ЗОЗ області: з 46,4% у 2009 р. до 87,7% у 2016 р.

Частка ЛЖВ (15+), які знаходяться під МН (3026 осіб), до розрахункових даних (4500 осіб) складає 67,2%. Впродовж 2009–2016 рр. значну частку ВІЛ-позитивних було взято під МН в III–IV клінічних стадіях серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (2009 р. – 33%; 2012 р. – 44%; 2014 р. – 49%; 2016 р. – 44%).

У 72,3% ЛЖВ-ЛВІН (15+), яких було взято під МН в 2013 р., серед загального числа ЛВІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, виявлено у III–IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції (2016 р. – 47,9%). Натомість значно підвищився рівень взяття під МН вперше виявлених ЛВІН: з 27,7% у 2013 р. до 52% у 2016 р.

В області три НУО надають послуги ЛВІН, що привело до зростання обсягів тестування ЛВІН (з 1018 осіб у 2013 р. до 5278 осіб у 2016 р.). ПКС, які є клієнтами профілактичних програм БФ «Салюс», проходять асистоване тестування на ВІЛ за допомогою ШТ на базі організації та в мобільній амбулаторії. Асистоване тестування сприяє ранньому виявленню ВІЛ та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг. За даними ВІЛ-сервісної організації БФ «Салюс», тільки у 2016 р. в мобільній амбулаторії протестовано 1155 ПКС (при оціночній кількості за даними дозорних епідеміологічних досліджень 2015 р. – 2500 осіб). Випадків ВІЛ-інфекції серед ПКС не зареєстровано. Проте, знаючи про свій ВІЛ-статус, ПКС мають доступ до програм лікування, у тому числі АРТ.

Проте, за даними офіційної статистики (СЕМ та РЕН), за кодом 105.2 СЕМ «особи, які надають сексуальні послуги за винагороду» упродовж 2013–2015 рр. було виявлено лише три ВІЛ-позитивних особи серед ПКС. Оскільки наявність ВІЛ-статусу підвищує рівень стигматизації цієї групи, вони не схильні розголошувати інформації щодо свого роду занять під час КіТ і, відповідно, реєструються при обстеженні за кодом 105 (особи з ризикованою статевою поведінкою) або за кодом 116 (обстежені з власної ініціативи). У рамках РЕН при реєстрації випадків ВІЛ-інфекції не проводиться деталізація шляху інфікування за показником надання сексуальних послуг за винагороду.

Офіційної статистики щодо обліку ПКС немає. Відповідно до законодавства України діє адміністративна відповідальність за проституцію, що сприяє зловживанню владою працівників правоохоронних органів та створює перешкоди у наданні й отриманні профілактичних послуг. Разом з тим, ПКС визначені як КГН у стратегічних нормативно-правових документах з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Дані РЕН щодо показників зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію також не відображають реального внеску ПКС.

Група ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед КГН щодо ВІЛ. Впровадження програм серед ЧСЧ у Львівській області здійснюється лише БФ «Аванте». Упродовж 2016 р. На базі цієї організації протестовано швидкими тестами 1594 ЧСЧ, в той час як ЗОЗ області методом ІФА – лише 40 осіб. Аналогічна ситуація спостерігалася і в попередні роки. Так, за даними СЕМ упродовж 2013–2015 рр. кумулятивно було виявлено лише 23 ЧСЧ з позитивним результатом тестування на ВІЛ. Водночас, як і серед ПКС, це пов'язано з тестуванням ЧСЧ з використанням інших кодів СЕМ. Дані РЕН також не відображають ситуації щодо зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ. ВІЛ-позитивний статус досі сприймається як стигма, саме тому ВІЛ-інфіковані люди в певних ситуаціях приховують це. ВІЛ-сервісна НУО, обласний центр СНІДу та КД є лідерами в наданні цих послуг для даної групи населення. Згідно із результатами біоповедінкових досліджень, частка ЧСЧ, які упродовж останнього року пройшли тест на ВІЛ та одержали його результат, має відмінності по роках (2011 р. – 34%; 2013 р. – 44%; 2015 р. – 38%).

За даними РЕН, у 2016 р. лише в 38 випадках гомосексуальний контакт вказано як шлях передачі ВІЛ (2015 р. – 21; 2014 р. – 16; 2013 р. – 15).

Низькі показники фіксації нових випадків серед чоловіків, інфікованих гомосексуальним шляхом, подано в офіційній статистичній інформації. Це можна пояснити помилковим зарахуванням їх до осіб, що інфікувалися парентеральним чи гетеросексуальним шляхом.

У ЗОЗ Львівської області тестування проводиться в обмеженій кількості, оскільки через страх дискримінації ЧСЧ обстежуються під іншими кодами (переважно це код 116).

Однією з причин пізньої постановки на облік ВІЛ-інфікованих пацієнтів (за даними досліджень БО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ») є стигма та дискримінація серед медичних працівників.

Дослідження за проектом RESPECT «Зменшення стигми та дискримінації, пов'язаної з ВІЛ, до представників КГН, зокрема ЛБІН та ЛЖВ, у ЗОЗ м. Львова та області (серед медичних працівників)» свідчить про підвищення рівня знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції серед медичних працівників з 54% до 64% та зменшення рівня стигми з 22% (2010 р.) до 14% (2015 р.).

Для зменшення стигми і дискримінації в області постійно проводяться навчання на тему «Удосконалення практики застосування ШТ на ВІЛ». Лікарі-вірусологи обласного центру СНІДу навчають сімейних лікарів, медичних сестер і соціальних працівників, як правильно проводити тестування ШТ. НУО надають послуги з супроводу, перенаправлення та відслідковують своєчасну постановку на облік ЛЖВ до ЗОЗ. Зростає питома вага ЛЖВ серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, які перенаправляються із НУО (2013 р. – 14,6%; 2014 р. – 8%; 2015 р. – 37,2%).

Висновки

1. В області недостатнім є обстеження на ВІЛ уразливих груп закладами охорони здоров'я (хворі на ІПСШ, наркозалежні).
2. Послуги КіТ сприяють ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ серед окремих КГН та населення в цілому. НУО надають послуги із супроводу, перенаправлення та відслідковують своєчасну постановку на облік ЛЖВ до ЗОЗ. Зростає питома вага ЛЖВ серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, які перенаправляються із НУО: з 45 у 2013 р. до 52 у 2016 р.
3. Понад 30% уражених ВІЛ-інфекцією не знають про свій ВІЛ-позитивний статус.
4. Значною є частка взяття під МН ЛЖВ у III–IV клінічних стадіях ВІЛ.

5. Наявність стигми і дискримінації ВІЛ-позитивних є однією з причин пізнього взяття під МН.
6. У ЗОЗ м. Львова та області серед медичних працівників підвищився рівень знань про шляхи передачі ВІЛ-інфекції (64%) та зменшився рівень стигми (14%).
7. Відсоток обстежених ув'язнених методом ІФА зменшується у зв'язку із широким використанням експрес-тестів у місцях позбавлення волі. Зменшується й частка позитивних результатів на ВІЛ серед ув'язнених (2016 р. – 10,1%).

Чи охоплені потрібні люди?

У цілому по області в 2016 році чверть обстежених осіб від загальної кількості становлять КГН (без урахування донорів і вагітних). Відсоток виявлених ЛЖВ серед КГН склав у 2013 р. – 15%, 2016 р. – 16,6%.

Інфікованість ЛВІН, протестованих НУО швидкими тестами, щороку знижується внаслідок широкого впровадження профілактичних програм та зміни наркосцени (2013 р. – 6,9%, 2016 р. – 1,4%). Подібна ситуація і з групами ПКС (2013 р. – 0,4%, 2016 р. – 0,1%) та ЧСЧ (2013 р. – 4,7%, 2016 р. – 0,3%). Натомість частка осіб з позитивним результатом тестування серед ЛВІН дещо зростає серед усіх осіб з позитивним результатом тестування (2013 р. – 11,4%, 2016 р. – 13,8%). Жодного ВІЛ-позитивного ПКС не зареєстровано, а серед ЧСЧ частка позитивних результатів зросла (2013 р. – 1,6%, 2016 р. – 2,8%).

Відсоток обстежених методом ІФА ув'язнених дещо зменшився (з 8,3% у 2013 р. до 7,18% у 2016 р.), що пов'язано з широким використанням ШТ в місцях позбавлення волі. Зменшується частка позитивних результатів обстеження на ВІЛ серед ув'язнених (2013 р. – 18,3%, 2016 р. – 10,1%).

Всі пацієнти з підозрою на ТБ та хворі на ТБ охоплені тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ впродовж 2013–2016 рр. (2013 р. – 4730, 2016 р. – 2759 обстежень), з них виявлено ВІЛ-позитивний результат у 1,9% (2013 р.) – 2,1% (2016 р.).

Можливість пройти обстеження на ВІЛ надається в усіх ЗОЗ лікарем будь-якого фаху, крім первинної ланки медичної допомоги, де тестуються лише вагітні. Впродовж 2016 року, як і за минулі роки, частка обстежених в наркологічній службі склала 2,8% (629 осіб, виявлено 10,2% ВІЛ-позитивних), дерматовенерологічній – 3,0% (673 особи, виявлено 2,5% позитивних), акушерсько-гінекологічній – 35,6% (26 991 особа, виявлено 0,14% позитивних), НУО – 70,1% тестованих ШТ (8455 осіб, виявлено 1,2%), в протитуберкульозній службі – 12,1% (2759 осіб, виявлено 2,1% позитивних).

Висновки

1. В області забезпечується необхідний доступ та використання послуг КіТ для КГН – не менше 25% від загальної кількості обстежених.
2. Спостерігається високий відсоток виявлення ВІЛ-позитивних осіб серед КГН від загальної кількості виявлених (крім донорів і вагітних): 2013 р. – 15%, 2016 р. – 16,6%.
3. За даними НУО щодо тестування ШТ, знижується рівень інфікованості ЛВІН та ПКС, натомість зростає серед ЧСЧ.
4. Всі пацієнти з підозрою на ТБ та хворі на ТБ охоплені тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

У Львівській області функціонує 12 самостійних КД, у тому числі в обласному центрі СНІДу, де здійснюється медичне спостереження за ВІЛ-позитивними. На базі шести КД районних ЗОЗ функціонують сайти АРТ (Дрогобицька МП, Стрийська ЦМЛ, Жовківська і Золочівська ЦРЛ, Червоноградська і Бориславська ЦМЛ), де проводиться КіТ та призначається АРТ. У ЗОЗ м. Львова призначення АРТ ЛЖВ здійснюється в обласному центрі СНІДу та ЛРФПЦ.

Пункти ДКТ розміщені тільки в районних центрах, тому сільське населення тестується в обмеженій кількості (щороку на рівні 20% від загальної кількості тестувань).

Також послуги асистованого тестування надають БФ «Салюс», БФ «Аванте», БО «БТ Мережа ЛЖВ. м. Львів». За 2016 рік мобільна амбулаторія БФ «Салюс» здійснила 246 виїздів до 14 районів (із 20-ти в області) і всі міста обласного значення. Фахівці обласного центру СНІДу брали участь в роботі мобільної амбулаторії в районах області, наданої МБФ «Альянс громадського здоров'я» в рамках реалізації проекту «Профілактика ВІЛ-інфекції та розширення доступу до ПТВ на ВІЛ, тестування та лікування ІПСШ серед ПКС та ЛВІН у Львівській області». Виїзди мобільної амбулаторії здійснюються за напрямком ПКС чотири рази, ЛВІН – два рази на тиждень. Для представників цільових груп проводилися експрес-тести на виявлення ВІЛ-інфекції, сифілісу, ВГВ та ВГС, роздавалися інформаційні матеріали щодо профілактики СНІДу. На виконання Наказу МОЗ України від 14.02.2012 №114 «Про організацію надання послуг КіТ, ВГВ, ВГС, ІПСШ, у мобільних пунктах та мобільних амбулаторіях» впроваджено асистоване тестування за допомогою ШТ на базі мобільної амбулаторії (2016 р. – 6067 осіб; 2015 р. – 3853; 2014 р. – 1837; 2013 р. – 1740), на ІПСШ – 500 осіб (2015 р. – 894; 2014 р. – 1820; 2013 р. – 1947), на ВГВ – 311 осіб (2015 р. – 302; 2014 р. – 950; 2013 р. – 446) і на ВГС – 795 осіб (2015 р. – 485; 2014 р. – 981; 2013 р. – 446). Виявлено 30 ВІЛ-позитивних осіб (ЛВІН – 29, ПКС – 1), які були направлені до обласного центру СНІДу. Також виявлено 24 ПКС з позитивним результатом на ВГВ і 84 ЛВІН – на ВГС.

Незважаючи на досить розгалужену мережу організацій, які надають ПТВ, загальна кількість обстежень в області у 2016 р. зменшилася на 16,7% (17 739 осіб), що пов'язано з недостатньою кількістю тест-систем., проте на виявленні це жодним чином не позначилося: 0,6% позитивних підтверджувальних результатів у 2013 р. і 0,7% – у 2016 р.

Первинна ланка медичної допомоги практично КіТ не проводить, дана послуга концентрується на вторинному і третинному рівнях.

В обласному центрі СНІДу, КД, сайтах АРТ, КІЗ, закладах протитуберкульозної служби та ДКВС пацієнтам надаються комплексні інтегровані послуги, спрямовані на задоволення їхніх потреб. Зокрема, в обласному центрі СНІДу надаються послуги АРТ та ЗПТ, здійснюється супровід ВІЛ-позитивних вагітних та народжених ними дітей, лікування ІПСШ, ТБ, ВГС, забір мокротиння для дослідження на ТБ, яке проводить лабораторія ІІІ рівня ЛРФПЦ.

Послуги асистованого тестування за допомогою ШТ надають БФ «Салюс», БФ «Аванте», БО «БТ Мережа ЛЖВ, м.Львів», завдяки яким у 2016 р. обстежено 8455 осіб із ГПР та виявлено 100 ВІЛ-позитивних осіб. НУО беруть участь в супроводі до ЗОЗ та постановці на облік ЛЖВ. Зростає питома вага ВІЛ-інфікованих осіб серед уперше зареєстрованих випадків, які були перенаправлені з НУО (2013 р. – 14,6%; 2015 р. – 37,2%).

Для моніторингу та менеджменту ПТВ в кожному ЗОЗ призначена відповідальна особа за надання звітності з ДКТ. Проте практично ДКТ займаються переважно КД та КІЗ.

Послуги КіТ надаються лікарями різних спеціальностей, які пройшли навчання за модулем «КіТ». З метою уніфікації підходу до організації роботи ЗОЗ із забезпечення якісних послуг з тестування на ВІЛ наказом департаменту охорони здоров'я Львівської ОДА затверджено «Стандарт операційних (робочих) процедур (алгоритму) щодо забезпечення якісного надання передтестового та післятестового консультування пацієнтів при тестування на ВІЛ-інфекцію за інформованою добровільною згодою».

Під час аналізу даних щодо надання послуг КіТ відповідно до Наказу МОЗ України від 11.05.2010 № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції» (Форма №3-ВІЛ/СНІД) за останніх три роки (2014–2016 рр.) спостерігалось зменшення кількості КіТ у 2016 р., що пов'язано з недостатньою кількістю тест-систем у лабораторії обласного центру СНІДу. В 2016 році кількість дотестових консультувань була на 18% меншою, ніж у 2015 р. (111 968 проти 136 319), а в 2015 р. у порівнянні з 2014 р. – на 12,3% меншою (155 533). Відповідно кількість післятестових консультувань в 2016 р. була на 13% меншою, ніж в 2015 р. (82 095 проти 94 047), а в 2015 р. у порівнянні з 2014 р. – на 16% меншою (112 557). Серед груп ризику (ін'єкційні практики; незахищені гетеросексуальні контакти; гомосексуальні контакти між чоловіками) у 2016 р. кількість післятестових консультувань була на 30% меншою, ніж у 2015 р. (4872 проти 6996), а в 2015 р. у порівнянні з 2014 р. – на 30% меншою (10 125).

Менша кількість післятестових консультувань пов'язана з тим, що частина осіб відмовляється проходити тест на ВІЛ-інфекцію після проведення дотестового консультування, а частина не звертається за післятестовим консультуванням, зокрема в стаціонарних лікувальних закладах, частково через неякісне проведення ДКТ окремими спеціалістами, або ж ще не готові результати тестів. Також частина осіб не звертається за післятестовим консультуванням в одному звітному періоді, або ж ще не готові результати тестів у звітному кварталі і пацієнти отримують післятестове консультування у наступному звітному періоді, і ці дані випадають зі звітів.

Висновки

1. Надання послуг населенню з КіТ передбачено лікарями в ЗОЗ області, проте первинна ланка медичної допомоги здійснює ДКТ лише для вагітних.
2. Пункти з ПТВ розміщено лише у містах, тому сільське населення тестується в обмеженій кількості (щороку не більше 20%).
3. Зростає рівень надання ПТВ швидкими тестами – три НУО працюють з КГН (2016 р. обстежено 8455 осіб, 80% з яких є мешканцями міст).
4. Покращується показник охоплення МН ВІЛ-позитивних осіб у ЗОЗ області (2016 р. – 87,7%).

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Організаційно-методична допомога на місцях під час моніторингових візитів фахівців обласного центру СНІДу сприяє покращенню послуг (розширенню послуг КіТ) для пацієнтів, обізнаності медичних працівників щодо покращення якості, зміні їхнього ставлення до консультування пацієнтів (підсилені навички медичних працівників у проведенні КіТ). У п'яти районах області за досвідом Червоноградського ПТД розроблено та впроваджено нормативно-правові акти щодо урегулювання послуг з протидії ВІЛ (протокол КіТ, алгоритм консультування та переадресації у зв'язку з ВІЛ, координація даних між фтизіатричною службою та КД).

Спостерігається покращення показника охоплення МН ВІЛ-позитивних осіб у ЗОЗ області (2013 р. – 58,1% від кількості ВІЛ-позитивних, виявлених лабораторно, 2016 р. – 86,7%). Перешкодами до своєчасного взяття під МН є відсутність клінічних проявів захворювання та відносно добре самопочуття багатьох пацієнтів, поведінкові бар'єри, незначна стигма та дискримінація з боку медичних працівників.

Надання послуг з добровільного КіТ регламентовано Наказом МОЗ України від 19.08.2015 № 415 «Про удосконалення добровільного КіТ на ВІЛ-інфекцію» для ЗОЗ та НУО. Проте необхід-

но спростити процедуру дотестового консультування (інформування), внівши зміни в даний нормативний документ (лікарі витрачають багато часу на з'ясування приналежності особи до КГН замість сконцентруватися на мотивації до обстеження).

Для моніторингу та менеджменту КіТ в кожному ЗОЗ призначено відповідальну особу за надання звітності, проте реально КіТ надають КД та КІЗ. В обласному центрі СНІДу створено команду фахівців для подолання прогалин та викликів у системі КіТ та надання послуг з догляду і лікування у зв'язку з ВІЛ для КГН. Для забезпечення якості та ефективності цих послуг здійснюються облік та звітування відповідно до затверджених обліково-звітних форм, моніторингові візити до ЗОЗ з використанням форм оцінки якості; складання звіту за результатами МіО з наданням рекомендацій щодо забезпечення та покращення якості надання послуг. Поліпшити роботу супервізії можна шляхом проведення навчальних заходів з відповідальними особами за надання звітності з КіТ, зокрема щодо правильності заповнення Форми №3-ВІЛ/СНІД з надання послуг КіТ відповідно до Наказу МОЗ України від 11.05.2010 № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».

Послуги КіТ треба включити до переліку необхідних клініко-лабораторних досліджень та забезпечити підхід до консультування та тестування з ініціативи медичного працівника в ЗОЗ фтизіатричного, інфекційного, наркологічного, акушерсько-гінекологічного та дерматовенерологічного профілів; підсилити орієнтованість на клієнта та результат надання цих послуг (тобто вимог до проведення консультування залежно від КГН), врегулювати питання розширення кола сторін, залучених до проведення КіТ (для зв'язку профілактики з доглядом та підтримкою).

Розширення послуг КіТ для пацієнтів спостерігається найбільше в службі СНІДу (+14%), протитуберкульозній (+18%) та пенітенціарній службах (+84%). До надання послуг КіТ залучені БФ «Салюс», БФ «Аванте»; БО «БТ Мережа ЛЖВ, м.Львів» та ГО «Центр Дорога».

Менеджмент тестування і консультування в області здійснюється у відповідності з Наказом МОЗ України від 05.03.2013 №180 «Про затвердження форм первинної облікової документації і звітності з питань моніторингу епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення», згідно якого усі чотири сертифіковані лабораторії Львівської області подають звіти про обсяги обстежень до обласного центру СНІДу, де відбувається верифікація даних. В лабораторії Центру забезпечено внутрішній контроль якості лабораторних досліджень (2016 р. – проведено 439 досліджень із внутрішнього контролю якості лабораторних досліджень імунного блоту та антигену р24).

Висновки

1. Універсальні комплексні інтегровані послуги надаються лише в обласному центрі СНІДу, КД, сайтах АРТ, КІЗ, закладах протитуберкульозної служби та в секторі медичного забезпечення Західного міжрегіонального управління з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України. В інших ЗОЗ такі послуги не надаються.
2. Функціонує адекватна система відстеження прогресу в наданні послуг КіТ. Існуючі інструменти МіО дозволяють збирати та аналізувати дані щодо КіТ.
3. Первинна ланка охорони здоров'я, крім обстеження вагітних, послуги ДКТ практично не надає.
4. Моніторингом послуг КіТ займаються переважно КД та КІЗ.
5. В лабораторії обласного центру СНІДу забезпечено якісний внутрішній контроль якості лабораторних досліджень.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Усі заходи з ПТВ в області проводяться правильно і в суворій відповідності з наказами МОЗ України. Львівська область є регіоном з розвинутою туристичною індустрією, де спостерігаються масивні міграційні процеси. Тому необхідним є впровадження експрес-тестування, обсяги якого щороку зростають (2013 р. – 4,8% від загальної кількості обстежень, 2016 р. – 14,4%).

Відповідно до Стратегії ЮНЕЙДС щодо забезпечення сталої відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу/ТБ для збереження балансу між бажаною ефективністю послуг КіТ (раннє виявлення ЛЖВ та забезпечення своєчасного доступу до ВІЛ-послуг) та фінансовою доцільністю окремих підходів КіТ необхідно:

- впровадити самотестування на ВІЛ як один із підходів до надання послуг з тестування поза межами ЗОЗ в конфіденційних та зручних умовах;
- впровадити тестування на ВІЛ в умовах мобільних пунктів та мобільних амбулаторій як один із підходів тестування поза межами ЗОЗ для важкодоступних КГН;
- впровадити тестування на ВІЛ навченими немедичними працівниками на рівні спільнот/ГО як один із підходів тестування поза межами ЗОЗ осіб, які мають персональні бар'єри та рідко звертаються за медичною допомогою;
- інтегрувати тестування з подальшим медичним спостереженням у зв'язку з ВІЛ на рівні ЗОЗ первинної медичної допомоги;
- здійснювати планування та закупівлю соціальних послуг з профілактики ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду, соціального супроводу осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюваннями на ВІЛ-інфекцію/СНІД/ТБ та належать до КГН, відповідно до порядку соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів.

Загальний підхід до надання послуг КіТ відповідає фінансово-економічній ситуації в області, оскільки фактичне фінансування цих послуг відповідає запланованому за рахунок Держбюджету і місцевого (обласного) бюджету. Зокрема, у 2016 році з Держбюджету виділено 864,30 тис. грн. на тестування вагітних, натомість з місцевого на забезпечення вільного доступу всіх інших верств населення до безоплатного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію – 648,40 тис. грн. (аналогічна ситуація і за всі попередні роки). Проте у 2016 році були затримки з постачанням тест-систем за кошти Держбюджету через несвоєчасне проведення МОЗ України тендерів на закупівлю тест-систем.

Використання ШТ у ЗОЗ області відбувається в обмеженій кількості. Тому необхідно забезпечити умови для проведення тестування за допомогою ШТ на ВІЛ і розповсюдження шприців серед ЛВІН на базі ЗОЗ. ВІЛ-сервісні організації області тестують швидкими тестами. За даними 2016 року, БФ «Салюс» здійснено тестування 6596 осіб (у т.ч. за допомогою мобільної амбулаторії), виявлено ВІЛ-позитивних – 74; БФ «Аванте» – 1156 осіб, виявлено ВІЛ-позитивних – 3; БО «БТ Мережа ЛЖВ, м.Львів» – 703 особи, виявлено ВІЛ-позитивних – 23.

Політика щодо КіТ потребує змін. Необхідно розробити і забезпечити виконання плану заходів щодо зниження рівня стигматизації та дискримінації (формування толерантного ставлення) ЛЖВ, хворих на ТБ та КГН шляхом проведення інформаційних кампаній, навчання для надавачів послуг, розроблення інформаційно-навчальної літератури. Також необхідно забезпечити моніторинг дотримання прав пацієнтів та реагування на випадки стигматизації і дискримінації у сфері надання послуг ЛЖВ, хворим на ТБ та КГН.

Не усі сайти з надання послуг АРТ забезпечені психологами. Так, на восьми сайтах АРТ в області працює лише три психологи. Тому варто передбачити в штатних розписах ЗОЗ (у т.ч. протитуберкульозних, КД та КІЗ, сайтах ЗПТ і АРТ) для формування прихильності ВІЛ-позитивних до АРТ посади як психологів, так і соціальних працівників.

В області впроваджено інструменти збору даних щодо проведення КіТ, проте необхідно розробити механізм забезпечення якості та ефективності консультування – моніторингу і оцінки та супервізії (порядок проведення такої процедури та індикатори якості медичної допомоги).

Висновки

1. Обрані інтервенції з тестування і консультування хворих на ВІЛ не повною мірою відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області. Вони концентруються на вторинному і третинному рівнях медичної допомоги.
2. Запроваджено адекватні й актуальні політики, плани та керівництва щодо тестування і консультування.
3. Забезпечується регулярне виділення коштів для придбання тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції (як з Держбюджету, так і з обласного бюджету) без перебоїв. Фактичне фінансування послуг з КіТ відповідає запланованому.
4. Наявні людські ресурси для надання послуг КіТ в ЗОЗ відповідають потребам населення, оскільки послуги надаються лікарями різних спеціальностей.
5. Впроваджено тестування ШТ. Наявна адекватна система забезпечення тестовими системами діагностики ВІЛ та пов'язаними з тестуванням медичними виробами.
6. Функціонує адекватна система відстеження прогресу в наданні послуг КіТ.

5.5. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають наркотики

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Профілактична робота з ЛВІН здійснюється у відповідності із заходами, визначеними у Законі України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» від 20.10.2014 № 1708-VII.

За даними моделювання SPECTRUM, оціночна кількість ЛВІН у 2012, 2013 та 2015 рр. склала, відповідно, 11 000, 11 200 та 11 000 осіб. Проте чисельність ЛВІН у даній офіційній звітності не перевищує 13,3 % від оціночної (2013 р. – 12,3%; 2014 р. – 12,8%; 2015 та 2016 рр. – 13,3%).

Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, за даними біоповедінкових досліджень, зменшилася з 27,6% у 2011 р. до 23,5% у 2013 р. і 21,4% у 2015 р. ЛВІН продовжують суттєво впливати на показники зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію, складаючи від 55 (2009 р.) до 29,8% (2016 р.) серед нових випадків ВІЛ-інфекції. Проте ця група залишається рушійною силою епідемії як за рівнем поширення ВІЛ, кількістю нових випадків інфікування, так і впливом на поширення ВІЛ серед їхніх статевих партнерів. На кінець 2016 року спостерігається деяке зниження кількості нових зареєстрованих випадків з 2012 р. та стабілізація питомої ваги парентерального шляху передачі ВІЛ, на який припадає 146 випадків, або 29,8%, у 2016 р. (2012 р. – 35,1%). Практично такою ж є тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед ЛВІН за результатами біоповедінкових досліджень.

За результатами моделювання з використанням програми АЕМ, максимум показника істинної захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН чоловічої статі було досягнуто у 2002 р. (271 випадок), проте до 2015 р. цей показник зменшився на третину (191 випадок). Аналогічний максимум істинної захворюваності серед ЛВІН жіночої статі спостерігався у 1999 р. (130 випадків), а в 2015 р. значення цього показника складало 29 випадків. Таким чином, у 2015 р. кількість захворювань на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН становила 220 випадків, що вище кількості осіб з позитивним результатом тестування за кодом 102 СЕМ 2015 р. (ЛВІН) – 69 осіб та кількості захворювань за даними РЕН (132 випадки). Ці розбіжності можна пояснити недостатнім охопленням ЛВІН тестуванням на ВІЛ, тестуванням ЛВІН з використанням інших кодів, неповною реєстрацією ВІЛ-позитивних ЛВІН в обласному центрі СНІДу, взяттям певної частки ЛВІН під МН із зазначенням статевого шляху інфікування та іншими причинами.

47,5% ЛВІН використовували презерватив під час останнього статевого контакту, а 32% – проходили тестування на ВІЛ упродовж останніх 12 міс. та отримали результат.

Наявна чітка тенденція до зменшення частки ЛВІН серед взятих на облік хворих у стадії СНІДу (2012 р. – 61,2%; 2014 р. – 50,5%; 2016 р. – 40%). 40% людей, знаючи про свою ризиковану поведінку, звернулися в ЗОЗ і обстежилися лише тоді, коли з'явилися клінічні ознаки захворювання.

Станом на 01.01.2017 р. на обліку перебувало 1395 ВІЛ-позитивних ЛВІН (55,5 на 100 тис. нас.). Низький показник поширення ВІЛ серед ЛВІН зі стажем до трьох років свідчить про те, що утримання цього показника на однаковому рівні відбувалося за рахунок зменшення кількості нових випадків.

За даними СЕМ, щороку зменшується кількість осіб, які мають позитивний результат тестування на ВІЛ за кодом 102 (2015 р. – 69 ЛВІН мали позитивний результат, 2016 р. – 64). Дані РЕН демонструють, що впродовж 2009–2016 рр. в області кумулятивно офіційно зареєстровано 1434 ВІЛ-інфікованих ЛВІН, з них переважна більшість – чоловіки (89%). Кількість випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН зменшилася з 254 до 146 випадків (-42,5%) Спостерігається стабілізація питомої ваги парентерального шляху передачі у структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції (2009 р. – 55%; 2016 р. – 29,8%). Частка молодих ЛВІН віком 15–24 роки серед уперше зареєстрованих ВІЛ-позитивних ЛВІН зменшилася з 9,1% (2009 р.) до 2,7% (2016 р.). Співвідношення чоловіків до жінок серед нових випадків ВІЛ є досить стабільним (6–7 до 1). Частка жінок коливається в межах 6–14%, проте починаючи з 2012 р. вона зросла з 8% до 11,6% (2016 р.).

Чоловіки старше 30 років (2016 р. – 80,6%), стаж вживання наркотиків (частка ЛВІН зі стажем вживання наркотиків 6 років і більше склала 66% серед ЛВІН, до двох років – 19%, 3–5 років – 15% за даними біоповедінкового дослідження, 2015 р.) та досвід перебування у місцях позбавлення волі є найсильнішими чинниками інфікування ВІЛ, ВГС та ВГВ.

Висновки

1. Досягнуто зниження рівня виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН.
2. За даними СЕМ, зменшилася кількість ЛВІН серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ (2009 р. – 27,9%; 2016 р. – 10,2%).
3. Зменшилася кількість випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (з 254 осіб у 2009 р. до 146 у 2016 р. (-42,5%) та серед молодих ЛВІН віком 15–24 роки (з 9% до 2,7% відповідно).
4. Зменшується поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН – з 27,6% у 2011 р. до 21,9% у 2015 р.
5. Внесок ЛВІН, переважно чоловіків, до показників зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію залишається високим (2016 р. – 88,4%).
6. Спостерігається стабілізація питомої ваги парентерального шляху передачі у структурі шляхів передачі ВІЛ-інфекції.
7. Зменшується частка ЛВІН серед взятих на облік хворих у стадії СНІДу (2009 р. – 69,5%; 2016 р. – 39,8%).

Чи охоплені потрібні люди?

Оціночна кількість ЛВІН в області складає 11 тис. осіб (2015 р.), а знають про свій ВІЛ-позитивний статус і перебувають під МН 1395 осіб, які зареєстровані в обласному центрі СНІДу (12,7%).

Станом на 01.01.2017 р. на ЗПТ перебуває 272 ЛЖВ. Отримує АРТ 81 ЛВІН, що становить 71,7% від тих, хто потребує її.

За даними програмного моніторингу Альянсу щодо кількості ЛВІН, які отримували профілактичні послуги, та даними SPECTRUM і АЕМ, охоплення ЛВІН профілактичними послугами включно з тестуванням на ВІЛ зростає, проте є нижчим, ніж в середньому по Україні. Охоплення мінімальним пакетом профілактичних послуг у Львові в 2015 р. склало 50,7%. За даними біоповедінкових досліджень, кількість розданих шприців на одного ЛВІН зросла з 16,1% (2011 р.) до 24,7% (2015 р.); 73,3% ЛВІН знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.

Висновки

1. ЛВІН мають доступ до профілактичних послуг, але рівень розповсюдження шприців серед них становить лише 24,7% (2015 р.).
2. Лише половина ЛВІН охоплені профілактичними послугами включно з тестуванням на ВІЛ; 73,3% ЛВІН знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

В області БФ «Салюс», ГО «Дорога» та БО «БТ Мережа ЛЖВ. м.Львів» надають послуги ЛВІН, що привело до зростання кількості ЛВІН, охоплених профілактичними програмами: з 1018 осіб у 2013 р. (9,3%) до 5278 осіб у 2016 р. (47,1%).

Зменшилася забезпеченість ЛВІН шприцами (з 244,02 шт. у 2013 р. до 146,4 шт. на одного клієнта ЛВІН в 2015 р.) та кількість пунктів обміну (з 26 в 2013 р. до 19 в 2015 р.), хоча загальна кількість розданих шприців та голок зросла за рахунок збільшення клієнтів – з 248 411 у 2013 р. до 772 446 у 2015 р. На низькому рівні є охоплення ЛВІН програмами ЗПТ: 1,8% у 2013 р.; 2,4% у 2015 р. від оціночної кількості при цільовому показнику 20%, що надаються в шести пунктах ЗПТ. За даними біоповедінкових досліджень 2015 р., серед представників дозорної групи у Львові охоплення тестуванням на ВІЛ складало 32,0%, шприци отримували 24,7%, презервативи – 35,2%.

ЛВІН до теперішнього часу обумовлюють епідемію ВІЛ-інфекції в області, проте жодного наркозалежного у 2016 р. у 15-ти ЗОЗ не обстежено, по 1–2 ЛВІН протестовано в 13-ти ЗОЗ, по 3–4 – в трьох ЗОЗ.

Мобільною амбулаторією здійснюється обстеження ШТ на ВІЛ-інфекцію: в 2016 р. виявлено 29 ЛЖВ-ЛВІН і 84 – з позитивним результатом тестування на ВГС.

Висновки

1. Обсяг надання послуг для ЛВІН є недостатнім для досягнення програмних цілей, оскільки лише половина охоплені профілактичними послугами.
2. Серед представників дозорної групи охоплення тестуванням на ВІЛ складало 32,0%, шприци отримували – 24,7%, презервативи – 35,2%.
3. Зменшення забезпеченості ЛВІН шприцами та зменшення кількості пунктів їх обміну.
4. На низькому рівні охоплення ЛВІН програмами ЗПТ (1,8%–2,4% від оціночної кількості).

1. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги з профілактики ВІЛ серед ЛВІН децентралізовані з метою наближення їх до цільової групи та орієнтовані саме на представників цієї групи. Так, у Львівській області функціонує 12 самостійних КД, у т. ч. в обласному центрі СНІДу, де здійснюється медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими. На базі шести КД районних ЗОЗ області функціонують сайти АРТ (Дрогобицька МП, Стрийська ЦМЛ, Жовківська і Золочівська ЦРЛ, Червоноградська і Бориславська ЦМЛ), де проводиться КіТ та призначається АРТ. У ЗОЗ м. Львова призначення АРТ ЛЖВ здійснюється в обласному центрі СНІДу та ЛРФПЦ.

В обласному центрі СНІДу надаються інтегровані послуги щодо ЗПТ, обміну шприців, АРТ, лікування ІПСШ, ТБ, ВГС, забір мокротиння для дослідження на ТБ.

Існує зв'язок між послугами з профілактики для ЛВІН та іншими ВІЛ-послугами (переадресація, тестування та лікування, догляд і підтримка, лікування гепатитів, ЗПТ, АРТ, програми в місцях позбавлення волі тощо). До переадресації ЛЖВ-ЛВІН (у т.ч. в місцях позбавлення волі ВІЛ-сервісною організацією «Дорога») залучені НУО області, ЦСССДМ.

До організацій-надавачів послуг з профілактики для ЛВІН залучені 20 ЦРЛ, 7 ЦМЛ, 11 ЗОЗ у м. Львові, дві НУО; 66,4% ЛВІН (7299 осіб – за даними 2016 р.) є клієнтами БФ «Салюс» і БТ «БО Мережа ЛЖВ, м.Львів», які працюють з групою ЛВІН.

Представники організацій-надавачів послуг з профілактики для ЛВІН залучені до підготовки і розробки обласної програми.

Також соціально-профілактична робота ЦСССДМ спрямована на запобігання потраплянню сімей, дітей та молоді у складні життєві обставини, у т. ч. пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Щороку такий супровід здійснюється в середньому для 250 сімей (2016 р. – 253 сім'ї). Під час здійснення соціального супроводу з членами сімей проводиться інформаційно-просвітницька робота, спрямована на формування здорового способу життя, надаються індивідуальні консультації щодо наслідків паління, вживання алкоголю та наркотиків, пропонуються послуги, що надаються у центрах для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді, ресоціалізації наркозалежної молоді; за необхідності застосовується програма амбулаторної соціально-психологічної реабілітації для осіб, залежних від алкоголю.

Львівський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти забезпечує 1428 навчальних закладів (100%) освітніми матеріалами за програмою «Формування здорового способу життя і профілактика ВІЛ», за якими проводиться викладання. Впродовж 2016 року на кафедрі життєвих компетентностей 169 вчителів пройшли навчання, підготовку та перепідготовку з питань основ здоров'я за даною програмою. 80,4% загальноосвітніх навчальних закладів області мають підготовлених вчителів і упродовж останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ-інфекції.

З метою профілактики поширення ВІЛ-інфекції та пропаганди здорового способу життя мережею ЦСССДМ області за 2016 рік проведено 356 групових заходів з формування здорового способу життя (охоплено 6856 осіб), 209 – з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (2952 осіб).

Профілактичні заходи серед дітей та молоді відбуваються у формі індивідуальних та групових консультувань, лекцій, бесід, тренінгів, відеолекторіїв, акцій, конкурсів, тематичних виставок, розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів за тематикою: «Шкідливість алкоголю на організм людини», «Шкідливий вплив алкоголю та тютюну на організм дитини», «Протидія ВІЛ/СНІДу», «ВІЛ – це стосується кожного», «Скажи наркотику – Ні!», «СНІД – рана людства», «Скажи «Ні» алкоголю, тютюну та наркотикам», «Я обираю здоровий спосіб життя», «Шкідливі звички: вплив на здоров'я та на сім'ю».

Висновки

1. Послуги з профілактики ВІЛ серед ЛВІН децентралізовані, наближені до цільової групи та орієнтовані на ЛВІН.
2. Послуги для ЛВІН є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами лише на сайтах АРТ та ЗПТ.
3. До надання послуг залучені ЗОЗ, НУО.
4. До розробки обласної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу залучені представники організацій-надавачів послуг з профілактики для ЛВІН.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Обрані інтервенції відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області. Так, клієнти НУО отримують безкоштовно шприци, презервативи (не менше 120 шт. на одного ЛВІН) за рахунок донорських коштів. Проте охоплення ЛВІН цими профілактичними заходами складає лише 48,0%, що не відповідає існуючим протоколам/стандартам (не нижче 60%).

Станом на 01.01.2017 р. на ЗПТ перебувало 272 особи (2,5% від оціночної кількості) (центр СНІДу – 69, обласний НД – 83; ЛРФПЦ – 3, Стрийська ЦМЛ – 30, Дрогобицька ЦМЛ – 35, Червоноградська ЦМЛ – 52). На тлі зменшення притоку нових випадків ВІЛ-інфекції в групі ЛВІН стає все більш актуальною проблема їх залучення до програм АРТ та формування прихильності до отримання препаратів, про що свідчать дані РЕН щодо зростання кількості ЛВІН зі СНІДом.

Здійснюється менеджмент ко-інфекції ТБ/ВІЛ. ЛЖВ з числа клієнтів НУО мають значно кращий доступ до програм тестування на ВІЛ та діагностики ТБ, ніж не клієнти. Отже, окрім продовження роботи в напрямі покращення доступу до програм тестування та лікування, необхідним є розширення програм та вихід на нові групи ЛВІН, які залишилися поза межами надання послуг НУО.

Проводиться менеджмент за ВГВ. Так, у 2016 році мобільною амбулаторією БФ «Салюс» здійснено обстеження швидкими тестами на ВГВ 311 осіб (2015 р. – 302; 2014 р. – 950; 2013 р. – 446) і на ВГС – 795 осіб (2015 р. – 485; 2014 р. – 981; 2013 р. – 446). Виявлено 24 жінки комерційного сексу з позитивним релътатом із застосуванням ШТ на ВГВ і 84 ЛВІН – на ВГС.

Проте лише 37 ЛВІН, інфікованих ВГС, отримували специфічне лікування, що складає 10,1% усіх ЛЖВ/ВГС. Це підтверджує необхідність супроводу пацієнтів до постановки на облік і початку лікування ВГС.

У місцях позбавлення волі послуги ув'язненим надає ГО «Дорога». В 2016 році 173 особи були охоплені послугами (з них 63 нових), до яких здійснено 1028 візитів та забезпечено супровід АРТ для 128 осіб. Соціальними працівниками НУО проведено 444 індивідуальних консультації, 369 інформаційних занять, а груповими консультаціями охоплено 273 ув'язнені; лікарем-інфекціоністом обласного центру СНІДу проведено 90 консультацій.

Під час відвідувань ув'язнених у виправних колоніях Львівської області соціальними працівниками НУО проведено 19 інформаційно-просвітницьких занять (у т.ч. групові) щодо профілактики ВІЛ-інфекції, ІПСШ та гепатитів, охоплено 2454 особи. В цілому станом на 01.01.2017 р. загальна кількість охоплених послугами ГО «Дорога» склала 2454 в'язнених, до яких здійснено 3100 візитів.

30 ЛВІН, у тому числі ті, які звільнилися з місць позбавлення волі, брали участь у програмі реабілітації в реабілітаційному центрі села Княже Золочівського району, 50 ЛВІН – в амбулаторній і стаціонарній програмах реабілітації у м. Львові на базі ГО «Дорога», 27 осіб – в програмі реабілітації приватного реабілітаційного центру «Ренесанс» (м. Винники). Аутріч-робота з ЛВІН здійснюється БФ «Салюс» в рамках виконання профілактичних програм. Співробітниками організації розроблено та впроваджено операційне керівництво щодо мережевого підходу для підвищення рівня охоплення профілактичними програмами для ЛВІН, які:

- належать до вікової групи менше 30 років за даними рутинного епідмоніторингу або нещодавно долучилися до практики вживання ін'єкційних наркотиків;
- вживають наркотики-стимулятори;
- мешкають у містах з низьким рівнем поширення ВІЛ-інфекції або ВГС;
- мають середній або високий матеріальний статус.

При плануванні виходу на нові групи ЛВІН-ЛЖВ, які не знають про свій ВІЛ-позитивний статус або не знаходилися в полі зору програм у процесі реєстрації їхнього статусу та призначення лікування, НУО зокрема орієнтується на ЛВІН, які:

- належать до групи споживачів опіатів або тих, хто практикує вживання наркотиків-опіатів та стимуляторів;
- мають великий стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом;
- мають низький рівень освіти та матеріального стану;
- практикують самостійне приготування наркотичних речовин та вживають наркотики разом з іншими ЛВІН;
- мешкають у містах та районах з високим тягарем ЛВІН/ЛЖВ, особливо тих, хто ще не знає про свій ВІЛ-статус.

В області впроваджено маршрут ЛЖВ-ЛВІН, виявлених в НУО, що інституалізовано в угодах трьох НУО та обласному центрі СНІДу.

Наявні людські ресурси не відповідають потребі щодо якісного надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, оскільки є районні та міські лікарні, де відсутні лікарі-наркологі, а саме в п'яти ЦРЛ (25%) із 20-ти та в трьох ЦМЛ (43%) із семи. Наявна мережа НУО сконцентрована переважно у Львові.

На проведення профілактичних заходів серед ЛВІН кошти з обласного бюджету виділяються лише на забезпечення інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН. На обласному рівні адекватна система забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцями, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, а також інформаційно-просвітницькими матеріалами існує лише в рамках профілактичних програм, які здійснюються за рахунок коштів донорів. Проте з 2015 року із стандартного профілактичного пакету було виключено розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів для КГН, скоротився і спектр інфекцій, на які можна пройти обстеження (для ЛВІН з 2015 р. доступним є лише тестування на ВІЛ та ВГС).

Висновки

1. Обрані інтервенції щодо програми обміну шприців на базі ЗОЗ, НУО, ДКВС відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області.
2. Розроблено і запроваджено операційне керівництво щодо мережевого підходу для підвищення рівня охоплення профілактичними програмами ЛВІН, а також маршрут пацієнтів при виявленні в НУО ЛЖВ-ЛВІН.
3. На проведення профілактичних заходів серед ЛВІН кошти з обласного бюджету виділяються лише на забезпечення інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН. Профілактичні заходи для ЛВІН не фінансуються за кошти місцевих бюджетів.
4. Наявні людські ресурси не відповідають потребі щодо якісного надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

5. Адекватна система забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, а також інформаційно-просвітницькими матеріалами існує лише в рамках профілактичних програм, які здійснюються за рахунок коштів донорів.
6. Залишається актуальною проблема залучення ЛВІН до програм АРТ та формування прихильності до отримання препаратів.
7. Тільки 10% ЛВІН із ВГС отримують специфічне лікування.

5.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Профілактична робота з ПКС здійснюється у відповідності із заходами, визначеними у Законі України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» від 20.10.2014 № 1708-VII.

За даними біоповедінкових досліджень, упродовж останніх п'яти років спостерігається зменшення поширеності ВІЛ-інфекції серед ПКС, що відповідає загальнонаціональній тенденції серед цієї ключової групи (2011 р. – 5,7%, 2015 р. – 1,4%).

Дані моделювання АЕМ демонструють низький рівень залучення ПКС до епідемічного процесу за показником захворюваності. Так, упродовж 2013–2015 рр., за оціночними даними АЕМ, загальна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ПКС становила лише 25 осіб.

Згідно з даними біоповедінкових досліджень, упродовж 2011–2015 рр. зменшилася частка молодих ПКС віком 14–19 років, а середній вік ПКС дозорних груп зріс з 26,8 (2011 р.) до 32 (2015 р.) років. Майже кожна десята ПКС у Львівській області мала досвід тимчасової міграції з метою секс-бізнесу. Упродовж 2012–2015 рр. знижується охоплення тестуванням на ВІЛ серед ПКС у м. Львові (2011 р. – 93,1%, 2015 р. – 61,9%).

За даними дозорних епідеміологічних досліджень, поширеність ВІЛ серед ПКС зменшується (2009 р. – 9%; 2011 р. – 5,7%; 2013 р. – 2,5%; 2015 р. – 1,4%) при збільшенні розрахункової чисельності ПКС з 1600 осіб у 2011 р. до 2500 осіб у 2015 р.

Відсоток ПКС з позитивним результатом тестування від протестованих у НУО зменшився (2016 р. – 0,1% від 1313 протестованих, 2015 р. – 0,4% із 884, 2014 р. – 0,3% із 676, 2013 р. – 0,33% із 900).

У рамках програми Глобального Фонду у 2016 р. надано фінансування в сумі 4 423 219 грн для проектів профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ для ЛВІН, ПКС та ЧСЧ.

Висновки

1. Знизилася поширеність ВІЛ-інфекції серед ПКС.
2. Результати моделювання АЕМ демонструють невелику оціночну кількість випадків істинної захворюваності на ВІЛ серед ПКС, а показники СЕМ – поодинокі випадки виявлення ВІЛ-позитивних ПКС.
3. 4. Мінімізовано залучення ПКС до розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції.

Чи охоплені потрібні люди?

Показники досвіду тестування за останні 12 міс. та охоплення профілактичними послугами тісно пов'язані з діяльністю НУО «Салюс», що реалізує програми зниження ризиків. Зростає кількість клієнтів НУО серед ПКС (2013 р. – 900 осіб, 2016 р. – 1313 осіб). У 2016 році здійснено 246 виїздів мобільною амбулаторією, швидкими тестами на ВІЛ, ІПСШ (сифіліс, гонорею, хламідіоз), ВГВ, ВГС протестовано половину ПКС від оціночної кількості (1313 ПКС), роздано 1833475 примірників інформаційних матеріалів групам ризику щодо інфікування ВІЛ (2015 р. – 884; 2014 р. – 676; 2013 р. – 900). Виявлено одну ВІЛ-позитивну ПКС (2015 р. – 3; 2014 р. – 2; 2013 р. – 3) та 24 ПКС з позитивним результатом на ВГВ. Для представників НУО вуличні типи точок є більш досяжними для роботи, тому й показники тестування та охоплення тут значно вищі у порівнянні з іншими.

За даними біоповедінкового дослідження 2015 р., більшість ПКС (88,7%) є клієнтами програм зниження ризиків БФ «Салюс», що працює з цією цільовою групою. Майже всі ПКС (94%) знають, куди слід звертатися, щоб пройти тестування на ВІЛ. Клієнти проходять тестування на ВІЛ в стаціонарному режимі або в мобільній амбулаторії. Проте зменшилася частка ПКС, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 міс. та знають свої результати (2011 р. – 93,1%; 2015 р. – 61,9%). 72,7% ПКС отримували презервативи від соціальних працівників БФ «Салюс» у 2016 р.; 86,7% ПКС знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.

Висновки

1. ПКС мають доступ до послуг з профілактики ВІЛ на базі НУО.
2. 61,9% ПКС охоплені тестування на ВІЛ впродовж останніх 12 міс.
3. 86,7% ПКС знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.
4. Охоплення тестуванням на ВІЛ серед ПКС має тенденцію до зниження.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Відсоток ПКС, охоплених профілактичними програмами БФ «Салюс», складає 88,7%. Майже всі ПКС (94%) знають, куди слід звертатися, щоб пройти тестування на ВІЛ.

Згідно з рекомендаціями UNAIDS, використання презерватива під час останнього сексуального контакту з клієнтом має демонструвати рівень безпечної сексуальної поведінки в групі ПКС. Цей показник є надзвичайно високим (майже 100%). Впродовж 2009–2013 рр. частка ПКС, які повідомили про використання презерватива під час останнього сексуального контакту з

клієнтом, досягла і залишається на рівні 99%. За даними біоповедінкових досліджень, відсоток ПКС, які упродовж останніх 12 міс. отримували презервативи, дещо зменшився (2011 р. – 99,5%; 2015 р. – 85, 3%).

72,7% ПКС отримали презервативи від соціального працівника БФ «Салюс» за останній рік на базі НУО в обласному центрі СНІДу та на її 10 пунктах. Зменшилася забезпеченість ПКС запобіжними заходами (презервативами) (з 192,5 шт. у 2013 р. до 106,9 шт. на одну ПКС у 2015 р.) на 10 пунктах роздачі.

Дані біоповедінкових досліджень 2015 р. щодо охоплення тестуванням на ВІЛ (61,9%) співставні з показниками охоплення ПКС мінімальним пакетом послуг (65,6%) за даними програмного моніторингу.

Висновки

1. Обсяг надання послуг ПКС у Львівській області є достатнім для досягнення програмних цілей.
2. 88,7% ПКС охоплені профілактичними програмами на базі НУО, що реалізує програми зниження ризиків.
3. Зменшилася забезпеченість ПКС запобіжними заходами.
4. Кількість клінтів НУО серед ПКС зростає завдяки популяризації своїх послуг через мобільну амбулаторію.
5. Відсоток ПКС, які упродовж останніх 12 міс. отримували презервативи, зменшився.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС децентралізовані завдяки використанню мобільної амбулаторії БФ «Салюс» з метою наближення їх до цільової групи та орієнтовані саме на цю групу.

За типом точки найменші частки охоплення послугами ВІЛ-сервісної організації БФ «Салюс» (як клінтів) спостерігаються серед ПКС, які працюють у квартирах, на віртуальних точках, в саунах та розважальних закладах. Робота з клієнтами ПКС здійснюється в обмеженій кількості, тому необхідно суттєво збільшити охоплення ПКС послугами, розширювати коло ПКС – клінтів НУО, популяризувати послуги, розвивати мобільні послуги.

Зважаючи на високий рівень «професійних» зв'язків між ПКС, ефективним може бути застосування методик «рівний–рівному», поширення інформаційно-освітніх матеріалів та презервативів через соціальні мережі самих ПКС, а також залучення їх до отримання інших послуг.

Серед ПКС поширеним є надання сексуальних послуг уразливим групам клінтів та КГН, які можуть бути групами-містками у поширенні епідемії ВІЛ-інфекції. 1,3% ПКС є активними ЛВІН. Разом з тим, частку ЛВІН серед клінтів ПКС точно визначити важко через те, що не всі представниці цієї групи правильно ідентифікують приналежність свого клієнта саме до групи ЛВІН.

Для збільшення рівня охоплення ПКС доцільно співпрацювати з працівниками правоохоронних органів, зокрема з питань прав людини та ризиків ВІЛ-інфікування, з організаторами секс-бізнесу в місті, поширюючи через них інформацію щодо ВІЛ-послуг на базі НУО.

Послуги для ПКС є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами лише у м. Львові, де вони й надаються. Значна частина представниць цієї групи піклується про

стан свого здоров'я, Вони достатньо обізнані щодо ІПСШ та регулярно відвідують лікарів (найчастіше гінеколога та дерматовенеролога). Проте 80% ПКС під час відвідування лікаря не повідомляють про те, що працюють у сфері надання секс-послуг.

Профілактичні програми серед ПКС здійснює лише БФ «Салюс» за активної підтримки МБФ «Альянс громадського здоров'я» та обласного центру СНІДу. Представники організації-надавача послуг з профілактики залучені до розробки регіональної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Оціночна чисельність ПКС у Львівській області складає 2500 осіб, однак фіційно не зареєстровано жодного випадку ВІЛ серед ПКС, оскільки наявність ВІЛ-статусу підвищує рівень стигматизації. Проте варто зазначити, що ПКС реєструються при обстеженні за кодом 105 (особи з ризикованою статевою поведінкою) або 116 (обстежені з власної ініціативи). У рамках рутинного епідеміологічного моніторингу при реєстрації випадків ВІЛ-інфекції не проводиться деталізація шляху інфікування за показником надання сексуальних послуг за винагороду.

Офіційної статистики щодо обліку ПКС немає. Відповідно до законодавства України діє адміністративна відповідальність за проституцію, що сприяє зловживанню владою працівників правоохоронних органів та створює перешкоди у наданні й отриманні профілактичних послуг цією групою. Разом з тим, ПКС визначені як КГН у стратегічних нормативно-правових документах з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Також НУО необхідно розглянути можливість включення до спектра послуг питання особистої безпеки ПКС, формування навичок самозахисту, а також впроваджувати різні форми психологічної допомоги, особливо тим, хто зазнав насильства.

Висновки

1. Впродовж 2013–2015 рр. виявлено лише три ВІЛ-позитивні особи за новим (з 2013 р.) сероепідмоніторингом (код тестування 105.2), які надають сексуальні послуги за винагороду. Водночас ці дані є суттєво обмеженими, оскільки більшість ПКС проходять тестування на ВІЛ у ЗОЗ за іншими кодами. Дані РЕН щодо показників зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію також не відображають реального внеску ПКС у розвиток епідемії в області.
2. Послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС є децентралізованими та наближеними до цільової групи через використання мобільної амбулаторії та 10 стаціонарних точок НУО. Робота з клієнтами ПКС ведеться в обмеженій кількості.
3. Послуги для ПКС є інтегрованими і синергічними з іншими медичними послугами шляхом відпрацьованої переадресації ВІЛ-позитивних ПКС до обласного центру СНІДу чи іншого ЗОЗ (на вибір клієнта).

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Охоплення ПКС профілактичними програмами складає 91,9% (при існуючих протоколах/стандартах охоплення не менше 60%), а забезпеченість презервативами – 203,2 шт. на одну ПКС.

Також порівняння досліджень 2013 та 2015 рр. свідчить про зменшення частки ПКС, які хворіють на ВГС (10,8% та 4,7% відповідно). Рівень поширеності ВГВ знижується (2011 р. – 6,5%, 2015 р. – 0,7%), сифілісу – суттєво не змінюється (2011 р. – 0,9%, 2015 р. – 1,3%).

Відповідно ПКС проходять лікування в обласному центрі СНІДу або Львівському обласному дерматовенерологічному диспансері після перенаправлення з БФ «Салюс».

В області запроваджено гендерно-орієнтований підхід під час надання послуг людям, які живуть з ВІЛ, та представникам ПКС щодо інфікування ВІЛ. З цією метою спільно з Львівською обласною організацією Ліги соціальних працівників України видано методичний посібник «Протидія насильству та поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу серед груп ризику. Гендерний компонент». Проте потребує покращення робота із включення до спектра послуг питань особистої безпеки ПКС, формування навичок самозахисту, а також впровадження різних форм психологічної допомоги, особливо тим представницям цієї групи, які зазнали насильства. Для ПКС Львова існує запит на допомогу юристів, психологів. Важливим компонентом має стати робота з працівниками правоохоронних органів, зокрема з питань прав людини та ризиків ВІЛ-інфікування.

Дві третини ПКС у м. Львові відчувають небезпеку під час роботи через відсутність фізичної захищеності, ризик, страх заразитися венеричними хворобами. Основним джерелом небезпеки вони вважають клієнтів та представників правоохоронних органів (більше половини). У першу чергу, це моральне та економічне насильство, але доволі часто трапляються випадки і сексуального насильства, якого зазнали 38% ПКС. Проте випадків надання постконтактної профілактики не було зареєстровано, хоча, за даними біоповедінкового дослідження, поширеним є насильство під час надання сексуальних послуг за винагороду, у тому числі випадки згвалтування.

Обласним центром СНІДу спільно з БФ «Салюс» розроблено і впроваджено операційне керівництво щодо мережевого підходу для підвищення рівня охоплення профілактичними програмами ПКС, а також маршрут клієнтів при виявленні ЛЖВ, які надають сексуальні послуги за винагороду.

Профілактичні послуги серед ПКС не фінансуються з обласного бюджету, проте наявність мобільної амбулаторії дозволяє якісно надавати послуги за кошти донорських та міжнародних організацій.

Для більшості ПКС медичні послуги є доступними за місцем проживання. Значна частина представниць цієї групи піклуються про стан свого здоров'я і достатньо обізнані щодо ІПСШ, досить регулярно відвідують лікарів, найчастіше – гінеколога та дерматовенеролога.

БФ «Салюс» активно впроваджуються профілактичні програми в середовищі ПКС з наданням інформації про основні шляхи передачі ВІЛ та методи запобігання інфікування, передусім у сфері сексуальних стосунків (відповідно до загальноприйнятих міжнародних стандартів). Також десятьма соціальними працівниками проводиться інформування ПКС не лише щодо шляхів передачі ВІЛ, а й вміння домовитися з клієнтом задля уникнення незахищеного сексу, а також формування навичок особистої відповідальності за свою поведінку та здоров'я. Необхідно посилити доступ ПКС, які живуть з ВІЛ, до АРТ, включаючи розширення доступу до інтегрованих послуг (АРТ і ЗПТ) для ЛЖВ-ЛВІН.

Доцільним є розроблення профілактичних програм для підлітків, які залучені до надання комерційних секс-послуг та є найбільш уразливими до ВІЛ/ІПСШ.

Проекти впроваджувалися БФ «Салюс», що дозволило забезпечити надання для 1316 (53%) ПКС наступних послуг:

- консультування клієнтів соціальними працівниками;
- видача інформаційних матеріалів та засобів профілактики ВІЛ/ІПСШ (одноразові шприци, голки, презервативи, спиртові серветки);
- асистоване тестування з використанням ШТ на ВІЛ-інфекцію, ВГС, ВГВ, сифіліс;
- скринінг на наявність симптомів ТБ;
- діагностика та лікування ІПСШ;
- переадресація до ЗОЗ, реабілітаційних центрів та закладів соціальної сфери (працевлаштування, оформлення документів тощо).

Висновки

1. Жодного випадку ВІЛ-інфекції серед ПКС в статистичній звітності не зареєстровано.
2. БФ «Салюс» активно впроваджуються профілактичні програми в середовищі ПКС.
3. Профілактичні послуги серед ПКС не фінансуються з обласного бюджету.
4. Наявність у БФ «Салюс» мобільної амбулаторії сприяє наданню послуг з профілактики ВІЛ для ПКС.
5. Послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області.
6. Впроваджено операційне керівництво щодо мережевого підходу для підвищення рівня охоплення профілактичними програмами ПКС, а також маршрут клієнтів при виявленні ЛЖВ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду.
7. Наявні людські ресурси відповідають потребі якісного надання послуг з профілактики ВІЛ серед ПКС як у наданні медичної допомоги в ЗОЗ за місцем проживання, так і в стаціонарному чи амбулаторному режимі (через мобільну амбулаторію) НУО.
8. Адекватна система забезпечення презервативами, лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, а також інформаційно-освітніми матеріалами для ПКС існує лише в рамках профілактичних програм, які здійснюються за рахунок коштів донорів. Проте починаючи з 2015 р. із стандартного профілактичного пакету було виключено розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів для всіх КГН.

5.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Профілактична робота з ЛВІН здійснюється у відповідності із заходами, визначеними в Законі України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» від 20.10.2014 № 1708-VII.

Оціночна кількість ЧСЧ в області, заданими 2015 р., складає 10 600 осіб. Станом на 01.01.2017 р. знають про свій ВІЛ-позитивний статус і перебувають під МН 98 осіб, які зареєстровані в центрі СНІДу (0,92%). Низькі показники фіксації нових випадків серед чоловіків, інфікованих гомосексуальним шляхом, подані в статистичній звітності (за даними РЕН 2016 р.), лише у 38 випадках гомосексуальний контакт вказано як шлях передачі ВІЛ (2015 р. – 21; 2014 р. – 16;

2013 р. – 15 осіб). Це можна пояснити зарахуванням їх до осіб, що інфікувалися парентеральним чи гетеросексуальним шляхом, а також тим, що ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ груп. За даними СЕМ, впродовж 2013–2015 рр. кумулятивно виявлено лише 23 ЧСЧ з позитивним результатом тестування на ВІЛ (код 103), що пов'язано із тестуванням за іншими кодами СЕМ. Дані РЕН також не відображають ситуації щодо зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ. Проте питома вага гомосексуального шляху передачі продовжує зростати: 2013 р. – 3,1% серед уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, 2016 р. – 9,2%.

За даними моделювання в АЕМ, епідеміологічна ситуація в групі ЧСЧ у Львівській області є відносно стабільною. Впродовж 2011–2015 рр. кількість нових випадків ВІЛ-інфекції знаходиться на рівні 26–36 осіб у рік (6,0–8,5% від загальної кількості нових випадків).

У 2011 році, за даними біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ у м. Львові становила 6,8%. Результати 2013 та 2015 рр. демонструють 2,6% у 2013 р. та 5,1% у 2015 р.

Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ в НУО БФ «Аванте» у 2016 р. склав 0,3% (2015 р. – 4,4%; 2014 р. – 5,4%; 2013 р. – 4,6%).

Висновки

Захворюваність серед ЧСЧ продовжує зростати за даними РЕН, СЕМ, дозорних епідеміологічних досліджень.

Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ складає 5,1%. Основний приріст поширеності епідемії ВІЛ-інфекції спостерігається в групі до 25 років.

Чи охоплені потрібні люди?

ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ КГН. Згідно з результатами біоповедінкових досліджень, частка ЧСЧ, які упродовж останнього року пройшли тест на ВІЛ та одержали його результат, не досягає 45% (2011 р. – 34%; 2013 р. – 44%; 2015 р. – 38%). Значення показника використання презерватива під час останнього статевого контакту з чоловіком серед ЧСЧ м. Львова впродовж 2011–2015 рр. зменшується з 81% до 66%; 37% ЧСЧ знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається. За даними програмного моніторингу Альянсу (електронна база даних SYREX) щодо кількості ЧСЧ, які упродовж 2012–2015 рр. отримали профілактичні послуги, та даних SPECTRUM і АЕМ, охоплення ЧСЧ профілактичними послугами включно з тестуванням на ВІЛ залишається низьким (8,2%–13,2%).

За даними біоповедінкових досліджень серед ЧСЧ, 22% осіб безкоштовно отримували презервативи, 20% осіб проходили тестування упродовж останніх 12 міс.

Висновки

1. ЧСЧ мають доступ до послуг профілактики ВІЛ, проте охоплення профілактичними програмами є дуже низьким (22%), а тестуванням – лише 13,2%.
2. Згідно з результатами біоповедінкових досліджень, частка ЧСЧ, які упродовж останнього року пройшли тест на ВІЛ та одержали його результат, не досягає 20%.
3. 66% ЧСЧ використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком.
4. 37% ЧСЧ знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Профілактичні програми серед ЧСЧ впроваджує БФ «Аванте» переважно у м. Львові. Зменшилася кількість пунктів, які здійснюють роздачу презервативів (2013 р. – 8; 2016 р. – 3), та зменшився показник використання запобіжних заходів передачі ВІЛ (презервативів) (2011 р. – 81%, 2015 р. – 66%).

Досить низьким є доступ до профілактичних програм ЧСЧ у м. Львові. Клієнтами НУО, яка надає профілактичні послуги, були та отримували безкоштовно презервативи за останній рік лише 22% ЧСЧ, проходили медичні огляди та здавали загальноклінічні аналізи – 11%.

У 2016 році БФ «Аванте» протестовано 1594 ЧСЧ, в той час як ЗОЗ області методом ІФА (код 103 – гомосексуальні контакти) – лише 40.

У Львівській області ЧСЧ не проходили вакцинацію проти гепатиту В.

Висновки

1. Обсяг надання послуг для ЧСЧ є недостатнім для досягнення програмних цілей. Низьким є охоплення профілактичними програмами ЧСЧ Львівської області, хоча кількість тих, хто впродовж 2012–2015 рр. отримував профілактичні послуги, та дані оціночної кількості свідчать, що охоплення профілактичними послугами, включно з тестуванням на ВІЛ, зростає. Безкоштовно отримували презервативи 22%, а проходили тестування впродовж останніх 12 міс. 19,7% ЧСЧ.
2. У 2015 році охоплення ЧСЧ Львівської області профілактичними послугами, за даними програмного моніторингу, становило лише 13,2%, а за даними біоповедінкових досліджень – 22% представників дозорної групи м. Львова.
3. Послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ надаються, в основному, у Львові (в трьох стаціонарних точках) і не є децентралізованими з метою наближення їх до цільової групи.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ не є децентралізованими з метою наближення їх до цільової групи, оскільки робота БФ «Аванте» сконцентрована в основному у Львові.

Послуги для ЧСЧ є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами, зокрема БФ «Аванте» надає своїм клієнтам низку послуг, в тому числі тестування, переадресацію клієнтів до інших закладів охорони здоров'я (зокрема, центру СНІДу або обласного дерматовенерологічного диспансеру) при виявленні ВІЛ-позитивних чи з ІПСШ для їх лікування, догляду і підтримки.

Висновки

1. Послуги для ЧСЧ є інтегрованими і синергічними з іншими медичними послугами шляхом відпрацьованої переадресації ВІЛ-позитивних ЧСЧ до центру СНІДу чи іншого ЗОЗ (на вибір клієнта). Тільки за 2016 рік взято під МН 38 ЧСЧ.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Відповідно до вимог щодо проведення дозорних епідеміологічних досліджень кожних два роки в області проводиться ідентифікація та оцінка розміру популяції ЧСЧ в області. Оціночна чисельність ПКС у Львівській області складає 10 600 осіб.

Часто при відвідуванні лікаря ЧСЧ не повідомляють про приналежність до цієї групи. ВІЛ-позитивний статус досі сприймається як стигма, саме тому ВІЛ-позитивні люди в певних ситуаціях приховують це (17% тих, хто робив тест і знає його результат, не хочуть повідомляти свій статус). Проте, знаючи свій ВІЛ-статус, ЧСЧ мають доступ до програм лікування, у тому числі АРТ, догляду і підтримки. 38 ЧСЧ взяті під МН у 2016 р.

Обласним центром СНІДу спільно з БФ «Аванте» розроблено та запроваджено операційне керівництво щодо мережевого підходу для підвищення рівня охоплення профілактичними програмами ЧСЧ, а також маршрут клієнтів при виявленні НУО ВІЛ-позитивних ЧСЧ. Профілактичні послуги серед ЧСЧ не фінансуються з обласного бюджету. БФ «Аванте» надає своїм клієнтам низку послуг з профілактики ВІЛ в трьох стаціонарних точках м. Львова, в яких працює по одному соціальному та одному медичному працівнику.

На обласному рівні існує система забезпечення презервативами, лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, а також інформаційно-освітніми матеріалами для ЧСЧ лише в рамках профілактичних програм, які здійснюються за рахунок коштів донорів. Проте починаючи з 2015 р. із стандартного профілактичного пакету було виключено розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів для КГН.

На засіданні обласної координаційної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам при ОДА 28.03.2017 р. затверджена оціночна кількість ЧСЧ – 10 600 осіб.

Досить вагомим чинником для використання ЧСЧ презервативів та лубрикантів є їхня доступність, оскільки вони їх не купують, а отримують безкоштовно від соціального працівника БФ «Аванте». Проте профілактичні заходи є недостатніми. Так, тільки 42% ЧСЧ використовували презерватив з партнером-чоловіком за останні 30 днів. За останні півроку з постійним партнером використовували презерватив 27% ЧСЧ, з випадковим – 54%.

19,7% ЧСЧ принаймні один раз за останні 12 міс. зверталися за тестуванням на ВІЛ. НУО, центр СНІДу та КД є лідерами в наданні цих послуг для ЧСЧ. У ЗОЗ області тестування проводиться в обмеженій кількості, оскільки через страх дискримінації ЧСЧ обстежуються під іншими кодами (переважно 116). Проте ВІЛ-сервісна громадська організація надає своїм клієнтам послуги з КіТ на ВІЛ, консультації психологів та юристів.

Практично всі ЛЖВ-ЧСЧ перебувають на обліку в центрі СНІДу, робили тест на CD4 і знають про його результати; 37% ЧСЧ обізнані щодо шляхів передачі ВІЛ. Однією з послуг, які надає БФ «Аванте» своїм клієнтам, є тестування за допомогою ШТ на ВГВ, ВГС, ІПСШ. За результатами зв'язаного дослідження 2015 р. у 5% ЧСЧ виявлено ВІЛ-інфекцію, ВГВ – у 2%, сифіліс та ВГС – у 1% протестованих.

Упродовж останнього місяця вживали наркотичні речовини неін'єкційним шляхом 12%, ін'єкційним – 1% ЧСЧ.

Для ЧСЧ притаманний ризик інфікування ВГВ, і тому вакцинація проти нього рекомендована ВООЗ для цієї групи так само, як і для КГН. Проте у Львівській області ЧСЧ не проходили таку вакцинацію.

Кошти для профілактичних програм серед ЧСЧ з обласного бюджету не виділялися.

Наявні людські ресурси не відповідають потребі щодо якісного надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, особливо це стосується районів і міст області, де відсутні ВІЛ-сервісні НУО.

У рамках програми Глобальним Фондом надано фінансування у сумі 4423219 грн. для проектів профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ серед ЛВІН; жінок, залучених до секс-бізнесу; ЧСЧ. Проекти впроваджувалися БФ «Салюс» та БФ «Аванте», що дозволило забезпечити надання для 1449 (14%) ЧСЧ наступних послуг:

- консультування клієнтів соціальними працівниками;
- видача інформаційних матеріалів та засобів профілактики ВІЛ/ІПСШ (одноразові шприци, голки, презервативи, спиртові серветки);
- асистоване тестування з використанням ШТ на ВІЛ-інфекцію, ВГС, ВГВ, сифіліс;
- скринінг на наявність симптомів ТБ;
- діагностика та лікування ІПСШ;
- переадресація до лікувально-профілактичних установ, реабілітаційних центрів та закладів соціальної сфери (працевлаштування, оформлення документів тощо).

Висновки

1. Послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ частково відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області.
2. Розроблено і запроваджено операційне керівництво щодо мережевого підходу для підвищення рівня охоплення профілактичними програмами ЧСЧ, а також маршрут клієнтів при виявленні НУО ВІЛ-позитивних осіб.
3. Наявні людські ресурси відповідають потребі щодо якісного надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ в ЗОЗ за місцем проживання (у т.ч. медичної допомоги), проте робота НУО сконцентрована переважно у Львові, як і самі ЧСЧ.
4. Адекватна система забезпечення презервативами, лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, а також інформаційно-освітніми матеріалами для ЧСЧ існує лише в рамках профілактичних програм, які здійснюються за рахунок коштів донорів. Проте починаючи з 2015 р. із стандартного профілактичного пакету було виключено розповсюдження інформаційно-освітніх матеріалів для КГН.
5. Профілактика інфікування ВІЛ серед ЧСЧ є недостатньою. Потенційний внесок ЧСЧ в розвиток епідемічного процесу незначний, але закритість цієї групи, стигматизація у суспільстві та суттєві обмеження даних щодо ролі ЧСЧ у поширенні ВІЛ вимагають проведення додаткових досліджень.
6. У 5% ЧСЧ виявлено ВІЛ-інфекцію за даними біоповедінкових досліджень.
7. Існує стигма щодо ЧСЧ у суспільстві, тому 17% тих, хто робив тест і знає його результат, не хочуть повідомляти про свій ВІЛ-статус.
8. 42% ЧСЧ завжди використовують презерватив з партнером чоловіком.
9. 19,7% ЧСЧ принаймні один раз за останні 12 міс. зверталися за тестуванням на ВІЛ.
10. У ЗОЗ області тестування проводиться в обмеженій кількості, оскільки через страх дискримінації ЧСЧ обстежуються під іншими кодами.
11. Практично всі ЛЖВ-ЧСЧ перебувають на обліку в центрі СНІДу. ЧСЧ області не проходили вакцинацію проти ВГВ.
12. Кошти для профілактичних програм серед ЧСЧ з обласного чи місцевих бюджетів не виділялися.

6. ВИСНОВКИ

За результатами проведеної Оцінки кабінетного етапу сильними результатами реалізації Програми є:

- зниження поширеності ВІЛ серед вагітних (0,15%–0,07% при цільовому – 0,62%) та молодих осіб віком 15–24 роки (0,3% – 0,13% при цільовому – 0,30%);
- покращення охоплення МН виявлених ВІЛ-позитивних осіб: з 46 у 2009 р. до 86 у 2016 р.;
- зниження рівня інфікованості ВІЛ серед загального населення (з 8,7% в 2010 р. до 0,8% в 2016 р.) на тлі збільшення загальної кількості обстежених;
- збільшення кількості ЛЖВ та ЛВІН старше 15 років, що перебувають під МН – темп приросту інтенсивного показника 50,4% та 29,4% відповідно (з 2009 р. по 2016 р.);
- незначне зменшення частки ВІЛ-позитивних ЛВІН (13,2%–11,2%) та збільшення питомої ваги ЧСЧ (0,2%–2,3%) серед загальної кількості виявлених ЛЖВ; розширення можливостей тестування в організованих 12-ти кабінетах «Довіра» та покращення доступу до МН;
- збільшення кількості сайтів, що надають послуги КіТ, у т.ч. ШТ;
- охоплення послугами КіТ засуджених (1117–1885 осіб – обстежені за кодом 112 за даними СЕМ) та хворих на ТБ (2713–2759 осіб – обстежені за кодом 113.2 за даними СЕМ);
- збільшення відсотка ЛВІН (0,4%–7,1%) та ЧСЧ (0,01%–1,9%), охоплених тестуванням на ВІЛ НУО за допомогою швидких тестів;
- збільшення частки вагітних, які були своєчасно взяті під МН, та, відповідно, вчасно отримували АРВ-профілактику вертикальної трансмісії;
- розширення послуг АРТ (2013 р. – 961 особа, 2016 р. – 1672 особи);
- послуги АРТ надаються у восьми ЗОЗ на базі КД;
- зниження рівня смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, з 4,58% (2013 р.) до 2,09% (2016 р.);
- зниження рівня інфікованості ВІЛ серед ЛВІН (27,9%–10,2% – за даними СЕМ; 7,0%–1,4% – за даними НУО) на тлі збільшення кількості обстежених на ВІЛ (469–6279 осіб – за даними СЕМ, 1018–5278 осіб – за даними НУО);
- тенденція до зменшення поширеності ВІЛ серед ЛВІН (24,9%–21,4%);

- зростання на 80,7% ЛВІН, охоплених профілактичними програмами;
- зростання удвічі частки ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами – з 39,5% у 2009 р. до 62,7% у 2013 р.;
- збільшення відсотка ЧСЧ, охоплених послугами КіТ (2013 р. – 6,1%, 2016 р. – 16,7%);
- зменшення поширеності ВІЛ-інфекції серед ПКС (2,5%–1,4%);
- зменшення рівня інфікованості ПКС ВІЛ (0,4–0,1% – за даними НУО);
- збільшення відсотка ПКС, охоплених послугами КіТ – за даними НУО у поточному році (50,5%–52,5%).

За результатами Оцінки слабкою стороною виконання Програми є:

- відсутня стабільна тенденція до зниження ЧПМД (1,45%–3,09% при цільовому – 1%);
- вагома частка ЛЖВ, яких було взято під МН у III–IV клінічних стадіях, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (29,0%–42,4% при цільовому – 40%);
- відсутність обстежень ПКС за даними СЕМ і, відповідно, інфікованості за даними СЕМ (код обстеження 105.2). За кодом 105.2 СЕМ «особи, які надають сексуальні послуги за винагороду» упродовж 2013–2015 рр. виявлено лише три ВІЛ-позитивних особи. Водночас ці дані є суттєво обмеженими, оскільки більшість ПКС проходять тестування на ВІЛ у ЗОЗ за іншими кодами. Дані РЕН щодо показників зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію також не відображають реального внеску ПКС;
- недостатній рівень охоплення АРТ для досягнення цілей стратегії Fast Track (37,16% від оціночної чисельності ЛЖВ);
- недостатній відсоток ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу ЗПТ та АРТ (51,6% від кількості ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ);
- недостатній рівень охоплення послугами з догляду та підтримки (56,2% від диспансерної групи). Низький відсоток ЛЖВ, охоплених послугами догляду та підтримки (56% при цільовому – 80%);
- зменшення забезпеченості ЛВІН шприцами (244,02–146,4 шт. на одного ЛВІН) на тлі зменшення кількості пунктів обміну (26–19);
- на низькому рівні охоплення ЛВІН програмами ЗПТ (1,8%–2,4% від оціночної кількості при цільовому показнику – 20%) та недостатня кількість пунктів ЗПТ (6);
- зростання поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (2013 р. – 2,6%; 2015 р. – 5,1%);
- зменшення кількості пунктів роздачі презервативів (2013 р. – 8; 2016 р. – 3) та показника використання запобіжних заходів передачі ВІЛ (презервативів) (2011 р. – 81%; 2015 р. – 66%);
- недостатня забезпеченість ПКС запобіжними заходами (презервативами) (192,5–106,9 шт. на одну ПКС).

7. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Напрямок	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, що виявлені за результатами Оцінки	Рекомендації для регіонального рівня	Рекомендації для національного рівня
АРТ	Недостатній рівень охоплення АРТ ЛЖВ	Відкриття сайтів АРТ та децентралізація надання послуг ВІЛ-інфікованим на базі ЗОЗ області. Із залученням працівників НУО забезпечити надання соціальних послуг для ЛЖВ дітей та дорослих у рамках обласної (бюджетної) цільової програми «Комплексна програма соціальної підтримки окремих категорій громадян Львівської області на 2014 – 2017 роки».	Передбачити децентралізацію надання послуг ВІЛ-інфікованим, у т.ч. АРТ, на ЦПМСД, забезпечивши відповідним навчанням спеціалістів, а також передбачити введення посади соціального працівника на сайтах АРТ ЗОЗ, де не працюють НУО.
	Недостатній рівень охоплення послугами з догляду та підтримки ЛЖВ	Забезпечити надання послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ відповідно до епідемічної ситуації в області за сприяння НУО, зокрема «БТ Мережа ЛЖВ м. Львів», яка надає соціальні послуги також за рахунок обласного бюджету.	Забезпечити нагляд/контроль за якістю надання послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ, зокрема НУО, а також передбачити введення посади соціального працівника на сайтах АРТ ЗОЗ, де не працюють НУО.
	Низьке охоплення ЛЖВ-ЛВІН програмами ЗПТ	Забезпечити працівниками НУО, супровід ЛЖВ з опіоїдною залежністю, зокрема тих, які отримують АРТ, з метою залучення їх до програми ЗПТ.	Внести в перелік послуг для осіб з опіоїдною залежністю як вибір за пацієнтом надання платної ЗПТ через аптечну мережу.

КіТ	Низький рівень охоплення тестуванням (у т.ч. ШТ) на ВІЛ представників КГН	Тестування на ВІЛ у ЗОЗ всіх рівнів та форм власності для пацієнтів з ВІЛ-індикаторними станами та хворобами.	Впровадити самотестування на ВІЛ поза межами ЗОЗ серед тих, хто не охоплений іншими послугами тестування в конфіденційних та зручних умовах, для досягнення показника 90%.
	Понад 30% уражених ВІЛ-інфекцією не знають про свій ВІЛ-позитивний статус.	Покращення послуг з мотиваційного консультування щодо КіТ.	Оновити законодавчі акти з удосконалення добровільного КіТ на ВІЛ-інфекцію: – передбачити достатність усної інформованої згоди на проходження тестування, скасувавши форму № 503-1/о; – при здійсненні ПТВ у ЗОЗ, використовувати форму № 003-6/о, що затверджена Наказом МОЗ від 14.02.2012 № 110). Розробити окрему форму інформованої згоди для проведення тестування на ВІЛ на немедичних сайтах. Затвердити Порядок тестування населення на ВІЛ поза межами ЗОЗ, який має врегулювати порядок організації самотестування на ВІЛ (визначати доступ населення до тестів, інструкції з використання ШТ для самотестування). Впровадити послуги з тестування на ВІЛ навченими немедичними працівниками на рівні спільнот/ГО поза межами ЗОЗ для КГН, які мають персональні бар'єри та рідко звертаються за медичною допомогою (сертифікація соціальних працівників, фахівців із соціальної роботи для проведення тестування та розширення самостійного тестування) шляхом оновлення законодавчої бази
	Висока частка ЛЖВ, виявлених в пізніх стадіях захворювання та при наявності клінічних ознак	Продовжити поширення досвіду Червоноградського ТБ диспансеру щодо впровадження розробленого протоколу КіТ, алгоритму консультування та переадресації у зв'язку з ВІЛ, координацію даних між фтизіатричною службою та КД. Знизити рівень втрати клієнтів на етапах між дотестовим консультуванням, першим та другим (підтверджувальним) тестуванням, зокрема в стаціонарних лікувальних закладах шляхом проведення якісного ДКТ, та швидшій видачі результати тестів.	Оновити перелік станів, симптомів, захворювань (скасувати наказ МОЗ України від 11.05.2010 № 388), доповнивши його переліком особливостей поведінки та інших причин, за яких особі пропонуються ПТВ, кратність проведення тестування на ВІЛ. Внести норму в Наказ МОЗ України від 05.03.2013 №180 щодо забезпечення взяття під МН пацієнтів з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ впродовж 30 діб з дати проведення дослідження та подачі до обласного центру СНІДу «Реєстраційної карти ВІЛ-позитивної особи».
	Обмежена можливість тестування на ВІЛ сільського населення.	Підвищити якість та розширити використання КіТ серед визначених КГН на базі ПМСД; охопити навчанням медичних фахівців первинної ланки послугам КіТ на базі Львівського міжрегіонального тренінгового центру.	Розробити і затвердити нормативні документи щодо надання послуг з тестування на ВІЛ медичними фахівцями ЗОЗ первинного рівня медичної допомоги. Впровадити тестування на ВІЛ в умовах мобільних пунктів та мобільних амбулаторій для найбільш важкодоступних КГН, оновивши законодавчу базу.

ЛВІН	Низька частка ЛВІН перебуває під МН.	При плануванні виходу на нові групи ЛВІН-ЛЖВ, які не знають про свій ВІЛ-позитивний статус або не знаходилися в полі зору програм у процесі реєстрації їхнього статусу та призначення лікування, НУО слід переорієнтуватися на ЛВІН, які: – належать до групи споживачів опіатів або тих, хто практикує вживання наркотиків-опіатів та стимуляторів; – мають великий стаж вживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом; – мають низький рівень освіти та матеріального стану; – практикують самостійне приготування наркотичних речовин та вживають наркотики разом з іншими ЛВІН; – проживають у містах та районах з найбільшим тягарем ЛВІН-ЛЖВ, особливо тих, хто ще не знає про свій статус. Пропонувати ПТВ КГН щонайменше один раз на рік	Розробити процедуру активного залучення до обстеження на ВІЛ партнерів ЛВІН, у яких результат тесту на ВІЛ виявився позитивним. Розширити перелік лікарів, які можуть встановлювати діагноз ВІЛ-інфекції. Залучення до тестування сімейних лікарів шляхом їх навчання та забезпечення тестами. Розробити і затвердити нормативно-правовий акт щодо рекомендації інтегрувати в одному ЗОЗ ПТВ, послуги з профілактики ВІЛ, ЗПТ, «зменшення шкоди», діагностики ТБ, ІПСШ та ВГ (інтеграція послуг медичної допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією/СНІДом до загальної мережі ЗОЗ – встановлення діагнозу та реєстрації, призначення лікування). Затвердити перелік профілактичних послуг, стандарт їх надання, порядок планування і закупівлі цих послуг за рахунок місцевого бюджету. Спростити алгоритм постановки ЛЖВ на медичний нагляд та початку АРТ.
	Низька частка використання презервативів ЛВІН та їх проходження на тестування на ВІЛ.	Забезпечити умови для проведення тестування за допомогою ШТ на ВІЛ і розповсюдження презервативів серед ЛВІН на базі ЗОЗ.	Включити групу сексуальних партнерів ЛВІН до пріоритетних з точки зору профілактики ВІЛ з метою попередження, в першу чергу, передачі ВІЛ від матері до дитини.
	Низьке охоплення послугою АРТ серед ЛВІН.	Перенаправлення до ЗОЗ та соціально-психологічний супровід НУО ЛВІН на АРТ та формування прихильності до отримання препаратів	Децентралізація АРТ до рівня ПМСД.
	Зменшення забезпеченості ЛВІН шприцами.	Розширення охоплення програмами групи ЛВІН	
	Половина ЗОЗ не залучена до КіТ ЛВІН.	Надання послуг у зв'язку із ВІЛ у закладах ПМСД.	

Низька частка ЛЖВ-ЛВІН, охоплених мінімальним пакетом профілактичних послуг.	Впровадження низки адвокаційних та програмних заходів для наближення ВІЛ-сервісу до пацієнта, шляхом розширення кола агентів, що можуть надавати такі послуги (первинна ланка, НУО, аптеки). Рекомендувати обстеження на ВІЛ-інфекцію статевих партнерів ВІЛ-позитивних вагітних (насамперед для ЛВІН). Переорієнтація мережевого підходу НУО на ЛВІН, які: – належать до вікової групи менше 30 років або тих, хто нещодавно долучився до практики вживання ін'єкційних наркотиків; – вживають наркотики-стимулятори; – проживають у містах з низьким рівнем поширення ВІЛ-інфекції або гепатиту С; – мають середній або високий матеріальний статус.	Розширити програми кейс-менеджменту для ЛВІН шляхом залучення більшої кількості НУО та розширити географію реалізації даної інтеграції.
На низькому рівні охоплення ЛВІН програмами ЗПТ.	Розширити надання ЗПТ як частини пакету комплексних послуг для ЛВІН шляхом створення сайтів ЗПТ в містах та районах області. Розширити надання ЗПТ в протитуберкульозних закладах як важливого компонента системи інтегрованої допомоги для пацієнтів з потрійною проблемою ЛВІН/ВІЛ/ТБ.	Розробити законодавчу базу щодо забезпечення доступу до ЗПТ хворих на опіоїдну залежність на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги ЦРЛ, центральних міських лікарень та інших спеціалізованих ЗОЗ (подальше відкриття сайтів ЗПТ). Розробити та затвердити механізм ЗПТ в умовах ЗОЗ первинної медико-санітарної допомоги
На низькому рівні охоплення ЛВІН лікуванням ВГС.	ЗОЗ та НУО розширити скринінг на гепатити за допомогою ШТ. НУО покращити перенаправлення до ЗОЗ виявлених пацієнтів з гепатитом С для постановки на облік і початку лікування.	Провести масштабну кампанію щодо вакцинації на ВГВ серед ЛВІН та їхнього близького оточення.

ПКС	Зменшення охоплення ПКС профілактичними програмами.	НУО рекомендувати охоплення послугами ПКС, які працюють у квартирах, на віртуальних точках, в саунах та розважальних закладах, а також розвивати мобільні послуги.	
	Погіршилося охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію усіх КГН, у т.ч. ПКС	НУО розширити спектр послуг для ПКС з тестування на ВІЛ, надання їм АРТ, лікування ТБ, програм зменшення шкоди (обмін шприців та голок, програма ЗПТ), ІПСШ, сексуального та репродуктивного здоров'я, психічного здоров'я, особистої безпеки, формування навичок самозахисту, а також впроваджувати різні форми психологічної допомоги, особливо тим ПКС, які зазнали насильства.	
	Спостерігається зменшення забезпеченості ПКС запобіжними заходами (презервативами).	Застосування методик «рівний – рівному», поширення інформаційно-освітніх матеріалів та презервативів через соціальні мережі самих ПКС, а також залучення їх до отримання інших послуг.	
ЧСЧ	Зросла поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.	Активно розширювати надання доконтактної профілактики ЧСЧ через НУО Рекомендувати НУО охопити профілактикою ЧСЧ більш молодшого віку, малозабезпечених, а також з повною середньою освітою НУО здійснювати моніторинг щодо дотримання прав пацієнтів та реагування на випадки стигматизації та дискримінації у сфері надання послуг шляхом юридичного супроводу таких випадків.	Запровадити національну систему моніторингу випадків стигми і дискримінації та відповідні механізми реагування. Забезпечення доступних препаратів для доконтактної профілактики низької або середньої вартості (необхідний ефективний протокол щодо періодичної до контактної профілактики, а також для ін'єкційної ДКП). Забезпечити навчання лікарів щодо ДКП, зокрема консультування щодо прихильності та підвищення ефективності ДКП у разі ризику переривання.
	Більшість ЧСЧ не проходила вакцинацію проти ВГВ.	Пропагувати щеплення проти гепатиту В.	Забезпечити наявність вакцини проти ВГВ.
Інші	Низький рівень інформування спільноти щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в регіоні.	Щоквартально поширювати інформаційні матеріали про поточний стан епідемії, ефективність заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДУ на веб-сайті ДОЗ ОДА, на національному порталі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ. Забезпечити щоквартальне проведення засідань робочої групи МіО при обласній координаційній раді з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ та іншим соціально небезпечним хворобам.	З метою спрощення доступу зацікавленим сторонам до інформаційних матеріалів національного порталу стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ створити посилання на доступ із зазначенням області (hiv.phc.org.ua/lviv).

8. ПЛАН ЗАХОДІВ

з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Львівській області на 2018–2023 рр. за результатами проведеної Оцінки

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Децентралізація надання послуг ВІЛ-позитивним, у т.ч. АРТ, шляхом відкриття сайтів АРТ на базі ЗОЗ області (Жидачівська, Городоцька, Самбірська, Пустомитівська ЦРЛ)	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Покращення якості послуг АРТ
2.	Залучення працівників НУО для надання соціальних послуг дітям з ВІЛ та дорослим у рамках обласної (бюджетної) цільової програми «Комплексна програма соціальної підтримки окремих категорій громадян Львівської області на 2017–2021 роки».	2018-2023	Департамент соціального захисту населення обласної державної адміністрації, НУО	Впровадження соціального замовлення щодо надання послуг
3.	Забезпечити планування і закупівлю соціальних послуг з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, догляду, соціального супроводу осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюваннями на ВІЛ-інфекцію/СНІД, належать до ГПР інфікування ВІЛ, відповідно до порядку соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 29.04.2013 № 324	2018-2023	Обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування, об'єднання територіальних громад, НУО	Розширення послуг догляду та підтримки
4.	Розширити надання ЗПТ (подальше відкриття сайтів ЗПТ) як частини пакету комплексних послуг для ЛВІН.	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, ВІЛ-сервісні неурядові організації області	Інтеграція послуг ЗПТ
5.	Забезпечити супровід ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які перебувають в програмі ЗПТ/АРТ, безпосередньо працівниками НУО	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, ВІЛ-сервісні неурядові організації області	Покращення якості послуг для ЛЖВ

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
6.	Розширення послуг з тестування на ВІЛ-інфекцію, у т.ч. для представників КГН	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Покращення якості послуг КіТ
7.	Забезпечити умови для проведення тестування за допомогою ШТ на ВІЛ на базі ЦРЛ/ЦМЛ та ЦПМСД з метою виявлення хворих на ранніх стадіях хвороби	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Покращення якості послуг КіТ
8.	Знизити рівень втрати клієнтів на етапах між дотестовим консультуванням, першим та другим (підтверджувальним) тестуванням, зокрема в стаціонарних лікувальних закладах шляхом проведення якісного ДКТ, та швидшій видачі результатів тестів.	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Забезпечення медичного нагляду ВІЛ-позитивних
9.	Поширення досвіду Червоноградського ТБ диспансеру щодо впровадження протоколу КіТ, алгоритму консультування та переадресації у зв'язку з ВІЛ, координації даних між фтизіатричною службою та КД	2018	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Інтеграція послуг КіТ
10.	Здійснення підготовки (навчання) фахівців первинної ланки (лікарів та фельдшерів) з актуальних питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, у т.ч. послуг з КіТ	2018-2023	ЛРФПЦ, Центр СНІДу, комунальний заклад Львівської об-ласної ради «Львівський облас-ний медичний центр превенції та терапії uzалежнень»	Покращення якості надання послуг ЛЖВ
11.	Розширення охоплення профілактичними програмами (у т.ч. «зменшення шкоди» шляхом збільшення пунктів обміну шприців і розповсюдження шприців) групи ЛВІН та їхніх статевих партнерів	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Охоплення профілактичними програмами ЛВІН
12.	Рекомендувати ПТВ, у т.ч. ШТ у закладах ПМСД, щонайменше один раз на рік	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Охоплення профілактичними програмами ЛВІН
13.	Перенаправлення ЛВІН на АРТ і формування прихильності до ЗОЗ та соціально-психологічний супровід НУО	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, СССДМ, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Покращення якості послуг АРТ

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
14.	Розширення скринінгу на гепатити за допомогою ШТ у ЗОЗ та НУО. Покращення НУО перенаправлення до ЗОЗ виявлених пацієнтів з ВГВ і ВГС для постановки на облік і початку лікування.	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Покращення діагностики ВГВ і ВГС та лікування
15.	Відкриття сайтів ЗПТ в протитуберкульозних закладах для пацієнтів з потрійною проблемою ЛВІН/ВІЛ/Т»	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад	Інтеграція послуг ЗПТ
16.	Забезпечити охоплення профілактичними послугами та тестуванням на ВІЛ ПКС (зокрема тих, які працюють у квартирах, на віртуальних точках, в саунах та розважальних закладах), у т.ч. шляхом розвитку мобільних послуг	2018-2023	БФ «Салюс», НУО	Покращення доступності і якості послуг з КІТ
17.	Забезпечити охоплення профілактичними послугами ЧСЧ, в т.ч. шляхом надання доконтактної профілактики ЧСЧ через НУО. Проведення щеплень проти ВГВ	2018-2023	БФ «Аванте», НУО, ЛОЦ СНІДу, міжнародні донорські та благодійні організації	Розширення профілактичних послуг ЧСЧ
18.	Здійснення моніторингу щодо дотримання прав пацієнтів-ЧСЧ та реагування на випадки стигматизації і дискримінації у сфері надання послуг шляхом юридичного супроводу таких випадків	2018-2023	ДОЗ ОДА, ЗОЗ області, НУО, обласна, районні держадміністрації, органи місцевого самоврядування та об'єднання територіальних громад (органи виконавчої влади за участю громадських об'єднань, благодійних та міжнародних організацій)	Протидія дискримінації та стигматизації КГН
19.	Поширення інформаційних матеріалів про поточний стан епідемії, ефективність заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу на веб-сайті ДОЗ ОДА, на національному порталі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	2018-2023 (щоквартально)	Центр МіО Центру СНІДу	Адвокація заходів протидії ВІЛ
20.	Забезпечення проведення засідань робочої групи МіО при обласній координаційній раді з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам	2018-2023 (щоквартально)	Керівник РГ МіО	Адвокація заходів протидії ВІЛ

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, % (Показник № 3 плану МіО)					0,3%	0,2%	0,1%	0,13%
	чисельник					35	10	10	12
	знаменник					11 715	5 836	10 307	9 537
	цільове значення								0,30%
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)	0,15%	0,11%	0,1%	0,2%	0,2%	0,15%	0,1%	0,23%
	чисельник	87	65	52	65	85	49	32	64
	знаменник	58 697	57 147	58 977	32446	33303	32601	29076	27446
	цільове значення								0,62%
6.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 6 плану МіО)	–	–	–	–	–	–	–	–
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення								5,3%
7.	Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 7 плану МіО)	–	–	–	–	–	–	–	–
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення					5,0%			
8.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 8 плану МіО)	–	–	–	–	–	–	–	–
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення					7,5%			3,2%
	Впливу, додаткові, Оцінка								

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
9.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	32,6	29,3	21,3	26,6	22,9	26,9	21,0	18,4
	чисельник	826	740	539	670	578	677	529	464
	знаменник	2534559	2531247	2526378	2522568	2522332	2520066	2519429	2515804
10.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	18,2	19,3	20,1	16,1	17,2	20,7	19,6	20,6
	чисельник	462	488	508	405	434	521	493	519
	знаменник	2534559	2531247	2526378	2522568	2522332	2520066	2519429	2515804
11.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.								
	чисельник								
	знаменник	2534559	2531247	2526378	2522568	2522332	2520066	2519429	2515804
12.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	3,4	3,8	3,9	3,9	4,04	3,6	3,7	3,5
	чисельник	85	96	99	99	102	93	93	89
	знаменник	2534559	2531247	2526378	2522568	2522332	2520066	2519429	2515804
13.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	1,7	2,5	3,1	3,1	3,4	2,98	3,1	2,9
	чисельник	44	62	77	78	86	75	78	73
	знаменник	2534559	2531247	2526378	2522568	2522332	2520066	2519429	2515804
14.	Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.								
	чисельник								
	знаменник	2534559	2531247	2526378	2522568	2522332	2520066	2519429	2515804

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
15.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	61,5	62,02	70,7	79,13	88,3	97,1	108,8	120,2
	чисельник	1559	1570	1787	1996	2226	2446	2742	3025
	знаменник	2534559	2531247	2526378	2522568	2522332	2520066	2519429	2515804
16.	Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.								
	чисельник								
	знаменник	2534559	2531247	2526378	2522568	2522332	2520066	2519429	2515804
17.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	21,0%	–	27,6%	–	23,5%	–	21,4%	–
	чисельник								
	знаменник					350		401	
	цільове значення					18,2%			
18.	Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.					2,0%		1,4%	
	чисельник								
	знаменник							150	
	цільове значення					6,6%			
19.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	19%		7%		2,6%		5,1%	
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення					7,9%			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
20.	Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2013–2016 рр. (Показник № 18 плану МіО)					-	-	-	-
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення								
21.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013–2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)					52,2%	36,3%	41,6%	37,3%
	чисельник					218	178	189	183
	знаменник					418	490	454	490
	цільове значення								40,0%
22.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд впродовж року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2013–2016 рр. (Показник № 20 плану МіО)					88,4%	76,8%	77,2%	68,99%
	чисельник					2203	2097	2309	2251
	знаменник					2493	2730	2993	3263
	цільове значення								80,0%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
23.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО)					83,28%	75,55%	81,4%	
	чисельник					244	207	1113	
	знаменник					293	274	1368	
	цільове значення								85,0%
24.	Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 28 плану МіО)					–	–	–	–
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення								зниження на 20% від базового значення
25.	Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №14 плану МіО)					2729	2729	5374	6104
26.	Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №15 плану МіО)					2006	2400	1646	1316
27.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №16 плану МіО)					1002	1240	1342	1449

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
28.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник №21 плану МіО)					68,4%	38,4%	45,4%	56,18%
	чисельник					1522	1049	1359	1833
	знаменник					2225	2730	2993	3263
	цільове значення								Дорослі – 80% Діти – 90%
29.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №10 плану МіО)	1,9%		8,7%		42%		32%	
	чисельник								
	знаменник			250		350		401	
	цільове значення								45,0%
30.	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №11 плану МіО)					79%		61,9%	
	чисельник								
	знаменник							150	
	цільове значення								65,0%
31.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №12 плану МіО)	4,7%		34%		44,4%		19,7%	
	чисельник								
	знаменник					400		150	
	цільове значення								45,0%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
32.	Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №13 плану МіО)					43,7%	5,85%	12,21%	69,02%
	чисельник					2467	299	476	1885
	знаменник					5644	5109	3897	2731
	цільове значення								40,0%
33.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі її отримують, 2013-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО)					961	1149	1395	1672
34.	Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО)					86,6%	53,1%	74,0%	76,4%
	чисельник					83	130	202	175
	знаменник					97	245	273	229
	цільове значення								55,0%
35.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр, (Показник №23 плану МіО)					93,02%	87,2%	92%	95%
	чисельник					40	41	46	54
	знаменник					43	47	50	57
	цільове значення								
36.	Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр. (Показник №27 плану МіО)					21.45%	25,95%	26,1%	28,1%
	чисельник					210	260	259	272
	знаменник (серед диспансерної групи)					979	1002	992	968

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
37.	Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, від оціночної чисельності					9,7%	12,02%	11,97%	12,6%
	чисельник					210	260	259	272
38.	знаменник (від оціночної чисельності ЛВІН, які потребують ЗПТ)					2163	2163	2163	2163
	цільове значення								20,0%
39.	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр. (Показник №1 плану МіО)					17 266 900,49	9 287 033,55	24 010 316,95	-
40.	Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник №2 плану МіО)					100%	100%	100%	100%
	чисельник					590000	627400	640600	1541200
	знаменник					590000	627400	640600	1541200
	цільове значення								100,0%
41.	Відсоток загально-освітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і впродовж останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №17 плану МіО)					90%	95%	80,4%	85%
	чисельник					1249	1340	1125	1178
	знаменник					1388	1410	1399	1386
	цільове значення								90%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
42.	Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					43,6%	54,8%	60,4%	74,3%
	чисельник					961	1149	1395	1672
	знаменник					2203	2097	2309	2251
43.	Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.								
	чисельник								
	знаменник								
44.	Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.								
45.	Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівня ВН, станом на 01.01.2017 р.								
46.	Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р.								

ДОДАТОК 2

Індикатори для аналізу впровадження АРТ

Значення індикаторів матриці для аналізу даних

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку. Стратифікація: 1) стать 2) 0-14 та 15+; 3) ЛВІН (за даними реєстра, РЕН – парентеральний шлях передачі, оціночні дані СПЕКТРУМ) (ЧСЧ, ПКС – оціночні дані СПЕКТРУМ, якщо даних немає – в якісний компонент), засуджені, ТБ/ВІЛ; 4) активна диспансерна група, решта – на медичному обліку (за даними реєстра, якщо даних немає – в якісний компонент)	значення цільове значення	2,92	3,51	3,82	3,49	3,45	2,75	2,61	2,24
	Кількість осіб, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією)	44	62	77	78	86	75	78	73
	Кількість осіб, що знаходилися на медичному обліку у звітному році (за стратифікацією)	1505	1764	2016	2233	2493	2730	2993	3263

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед зареєстрованих ЛЖВ у звітному році. Стратифікація: 1) стать; 2) 0-14 та 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, засуджені, ТБ/ВІЛ; 4) активна диспансерна група, решта на медичному обліку; 5) на АРТ, не отримують АРТ	значення цільове значення	9,52	12,7	15,16	19,26	19,82	14,4	15,82	14,07
	чисельник	44	62	77	78	86	75	78	73
	знаменник	462	488	508	405	434	521	493	519
	значення цільове значення					4,58	5,05	2,97	2,09
	чисельник					44	58	40	35
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ: 1) стать; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО) засуджені, ТБ/ВІЛ	Кількість зареєстрованих на медичному обліку ЛЖВ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією)								
	Кількість нововиявлених та зареєстрованих на медичному обліку ЛЖВ в звітному році.								
	Кількість осіб, які отримували АРТ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією. (за стратифікацією)								
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ					961	1149	1349	1672

Індикатор	Вимірювальні величини		Фактичне значення							
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році: 1) статі; 2) 0-14, 15+ 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО) , засуджені, ТБ/ВІЛ		значення цільове значення					43,14	62,37	43,01	39,33
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією)	чисельник					44	58	40	35
	Кількість ЛЖВ, які померли у звітному році	знаменник	85	96	99	99	102	93	93	89
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, серед померлих ЛЖВ у звітному році, які отримували АРТ: 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ		значення цільове значення					27,45	80	57,45	31,71
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією)	чисельник					14	52	27	13
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, але померли у звітному році	знаменник					51	65	47	41
Відсоток ЛЖВ, які померли у звітному році, серед ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше: 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ		значення цільове значення					4,78	25,12	2,42	6,73
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією)	чисельник					14	52	27	13
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, у звітному році	знаменник					293	207	1113	193

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році: 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ	значення цільове значення					36,27	18,28	40,86	42,7		
	чисельник					37	17	38	38		
	знаменник	85	96	99	99	102	93	93	89		
Відсоток випадків смерті ЛЖВ серед ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ: 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО), засуджені, ТБ/ВІЛ	значення цільове значення					2,42	1,08	2,38	2,34		
	чисельник					37	17	38	38		
	знаменник					1532	1581	1598	1591		
	значення цільове значення										
	чисельник										
	знаменник										

Індикатор	Вимірювальні величини		Фактичне значення																	
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016										
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ на кінець звітного року (0-14 та 15+, ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, засуджені)		значення цільове значення																		
	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ на кінець звітного року (0-14 та 15+, ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (за даними НПО в областях), засуджені)																			
	Оціночна кількість ЛЖВ за СПЕКТРУМ (0-14 та 15+, ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, засуджені)																			
	Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року.																			
1) статі; 2) 0-14 та 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, засуджені, ТБ/ВІЛ; (дані РЕН, реєстра, НУО); 4) активна диспансерна група, решта на медичному обліку (дані реєстра)	Кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, на кінець звітного року (за стратифікацією)	значення цільове значення	10,23	16,84	18,5	29,06	38,55	42,09	46,61	51,24										
	Загальна кількість ЛЖВ, зареєстрованих на медичному обліку у звітному році (за стратифікацією)	чисельник	154	297	373	649	961	1149	1395	1672										
		знаменник	1505	1764	2016	2233	2493	2730	2993	3263										
		значення цільове значення																		
Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу АРТ та ЗПТ	Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують АРТ, а також замісну підтримувальну терапію. Комплексний план (Додаток 11, сторінки 13,14)	чисельник					46	55	54	64										
	Загальна кількість ЛВІН з ВІЛ-інфекцією, зареєстрованих на медичному обліку	знаменник	863	932	996	1067	1176	1238	1308	1395										

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Відсоток ЛЖВ з опіюїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу ЗПП та АРТ	значення цільове значення					43,81	44.35	44,26	51,61	
	Кількість ЛЖВ з опіюїдною залежністю, які отримують ЗПП та АРТ					46	55	54	64	
	Кількість ЛЖВ з опіюїдною залежністю, які отримують ЗПП					105	124	122	124	
Відсоток ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу, потребували, але не отримували АРТ, на кінець звітного року	значення цільове значення					3,84	1,81	3,2	3,15	
	Кількість ЛЖВ активної диспансерної групи, які потребували, але не отримували АРТ, на кінець звітного року					71	38	74	71	
	Кількість ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу, на кінець звітного року					1851	2097	2309	2251	
Кількість ЗОЗ, які надають АРТ (за типами ЗОЗ за спеціалізацією, за рівнями – первинний, вторинний, третинний; село/місто)	значення цільове значення	2,4	2,4	2,4	16,7	16,7	19,1	19,1	19,1	
	Кількість ЗОЗ, які надають АРТ (за типами ЗОЗ, за рівнями – первинний, вторинний, третинний)	1	1	1	7	7	8	8	8	
	Загальна кількість ЗОЗ в області (за типами ЗОЗ: ЦМЛ – 7; ЦРЛ – 21; Центр СНІДу, ЛРФПЦ; 11 ЗОЗ у Львові та Державна пенітенціарна служба у Львівській області)	42	42	42	42	42	42	42	42	

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Кількість медичних та немедичних установ (НУО, соцслужби тощо, які надають послуги з догляду та підтримки (за типами установ за спеціалізацією; село/місто)	значення цільове значення					13,04	13,04	13,04	13,04		
	чисельник					6	6	6	6		
	знаменник					46	46	46	46		
Кількість медичних та немедичних установ, що надають інтегровану допомогу ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ТБ/ЗПТ (НУО, соцслужби тощо, що працюють в сфері ВІЛ/СНІДу) за спеціалізацією; село/місто)	значення цільове значення	86,96	86,96	86,96	86,96	86,96	86,96	86,96	86,96		
	чисельник	40	40	40	40	40	40	40	40		
	знаменник	46	46	46	46	46	46	46	46		
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВІН, станом на кінець року	значення цільове значення						36,99		82,83		
	чисельник						425		1385		
	знаменник					961	1149	1395	1672		

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на кінець року	значення цільове значення						17,93	70,61	61,78
	чисельник						206	985	1033
	знаменник					961	1149	1395	1672
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	значення цільове значення					83,28%	75,55%	81,40%	
	чисельник					244	207	1113	
	знаменник					293	274	1368	

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 24 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	цільове значення					94,89	89,6	85,07	
	Кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 24 міс. після її початку					353	595	798	
	Загальна кількість дорослих і дітей, які увійшли у річну когортю року, що передувє звітному					372	664	938	
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 36 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	цільове значення					84,56	94,89	89,6	
	Кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 36 міс. після її початку					241	353	595	
	Загальна кількість дорослих і дітей, які увійшли у річну когортю року, що передувє звітному					285	372	664	
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки (за КГН – дані Мережі з 2013 р.; село/місто)	значення цільове значення					27,64	26,48	45,4	56,18
	Кількість людей, які живуть з ВІЛ, які впродовж року отримували щонайменше одну послугу з переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати (за КГН; село/місто)					689	723	1359	1833
	Загальна кількість ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом (за КГН; село/місто)	1505	1764	2016	2233	2493	2730	2993	3263

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Львівська область одна з перших в Україні затвердила рішенням сесії Львівської обласної ради від 01.03.2016 р. № 101 соціальне замовлення для догляду і підтримки ВІЛ-позитивних пф RUY Конкурс на соціальне замовлення виграла лагодійна організація БО «БТ Мереха ЛЖВ м.Львів»	значення цільове значення								
	чисельник					689	723	484	651
	знаменник	22700	22700	22700	22700	22700	22700	24100	24100
	значення цільове значення					85,35%	14,47%	67,37%	90,02%
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого	чисельник					3926700	599800	3426700	5081200
	знаменник					4600447	4144877	5086336	5644570
	значення цільове значення	40,68	47,68	54,49	60,35	67,38	73,78	80,89	88,19
Середня кількість ВІЛ-інфікованих осіб, що обслуговується одним інфекціоністом (по районах, містах, селах	чисельник	1505	1764	2016	2233	2493	2730	2993	3263
	знаменник	37	37	37	37	37	37	37	37
	значення цільове значення								

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МІО)	значення	28,96	36,6	47,7	53,07	58,64	50,41	49,87	42,37	
	цільове значення									
	чисельник	117	138	187	164	207	184	189	175	
	знаменник	404	377	392	309	353	365	379	413	
Відсоток ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі) (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа ЛВІН з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції	значення	32,28	44,81	44,44	73,19	72,34	62,84	62,12	47,95	
	цільове значення									
	чисельник	82	95	96	101	136	93	82	70	
	знаменник	254	212	216	138	188	148	132	146	
Відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №10 плану МІО)	значення					6,97	2,2	3,17	1,4	
	цільове значення									
	чисельник					71	19	117	74	
	знаменник					1018	864	3686	5278	

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ПКС, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №11 плану МІО)	значення					0,37	0,3	0,45	0,08
	цільове значення								
	Кількість респондентів (ПКС), які пройшли тестування на ВІЛ-інфекцію за останні 12 міс. та отримали його результат (ВІЛ+)					3	2	5	1
	Кількість усіх респондентів (ПКС), які увійшли до вибірки					809	676	1100	1313
Відсоток ЧСЧ, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №12 плану МІО)	значення					4,58	5,43	4,36	0,26
	цільове значення								
	Кількість респондентів (ЧСЧ), які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат (ВІЛ+)					17	20	47	3
	Кількість усіх респондентів (ЧСЧ), які увійшли до вибірки					371	368	1078	1156
Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр.	значення					8,27	5,85	12,21	7,18
	цільове значення								
	Кількість засуджених за кодом 112, які були обстежені в скринінгових дослідженнях на ВІЛ-інфекцію методами серологічної діагностики, впродовж звітного року	1117	1258	898	845	467	299	476	196
	Кількість засуджених, які перебували у місцях позбавлення волі впродовж року (якщо є дані)					5644	5109	3897	2731

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Відсоток хворих на ТБ, охоплених тестуванням на наявність антігін до ВІЛ, 2013-2016 рр.	значення		182,75	234,53	248,92	259,32	249,58	177,2	133,4	
	цільове значення									
	Кількість хворих на ТБ, яких було протестовано на ВІЛ-інфекцію в звітному році	2713	3211	4055	4483	4730	4707	3863	2759	
	Загальна кількість хворих на ТБ у звітному році		1757	1729	1801	1824	1886	2180	2069	
	значення	15,9	17,03	15,6	11,6	11,4	12,3	13,04	13,8	
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН (код СЕМ – 102) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	цільове значення									
	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН у звітному році	131	126	84	78	66	83	69	64	
	Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів 110 та 114)	826	740	539	670	578	677	529	464	
	значення	0	0	0	0	0	0	0	0	
	цільове значення									
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ПКС (код СЕМ – 105.2П) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед РКС (код СЕМ – 105.2) у звітному році	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів 110 та 114)	826	740	539	670	578	677	529	464	
	значення	826	740	539	670	578	677	529	464	
	цільове значення									
	значення	826	740	539	670	578	677	529	464	

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ – 103) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	значення	0	0,3	0,2	0,7	1,6	1,6	0,9	2,8		
	цільове значення										
	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ – 103) у звітному році	0	2	1	5	9	11	5	13		
	Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів 110 та 114)	826	740	539	670	578	677	529	464		
	значення	28,1	30,7	23	20,7	18,3	12,1	10,4	10,1		
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед засуджених (код СЕМ – 112) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	цільове значення										
	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед засуджених (код СЕМ – 112) у звітному році	232	227	124	139	106	82	55	47		
	Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів 110 та 114)	826	740	539	670	578	677	529	464		
	значення										
	цільове значення										
Кількість ЗОЗ, які надають послуги КІТ (в цілому, за рівнем надання медичної допомоги, за службою, за територією – місто/село)	Кількість ЗОЗ, які надають послуги КІТ (в цілому)	47	47	47	47	47	47	47	47		
	первинний рівень	0	0	0	0	0	0	0	0		
	вторинний рівень	28	28	28	28	28	28	28	28		
	значення										
	цільове значення										

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
	третинний рівень	чисельник	7	7	7	7	7	7	7	
	акушерсько-гінекологічна	чисельник	37	37	37	37	36	36	36	
	служба СНІДу	чисельник	40	40	40	40	40	40	40	
	міжрегіональне управління з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції	чисельник	7	7	7	7	7	7	7	
	наркологічна	чисельник	29	29	29	29	29	29	29	
	протитуберкульозна	чисельник	34	34	34	34	34	33	32	
	дерматовенерологічна	чисельник	29	29	29	29	29	29	29	
	служба переливання крові	чисельник	30	30	30	30	30	30	30	
	ЦСССДМ	чисельник	41	41	41	41	41	41	41	
	НУО	чисельник	4	4	4	4	4	4	4	
	інші	чисельник								
	місто	чисельник								
	село	чисельник								
Насільки достатнім та адекватним є обсяг послуг з КІТ, що надаються у ЗОЗ для КІН та інших груп населення? Чому? Що потрібно зробити для підвищення доступності та адекватності послуг КІТ у ЗОЗ? Чому? Як це зробити?										

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість НУО, які надають послуги КІТ (в цілому, за КГН, за територією – місто/село)	значення								
	цільове значення								
	Кількість НУО, які надають послуги КІТ (в цілому, за КГН, за територією – місто/село)	1	1	1	2	2	3	3	3
	ЛВІН	2	2	2	2	2	3	3	3
	ПКС	1	1	1	1	1	1	1	1
	ЧСЧ	1	1	1	1	1	1	1	1
	місто								
	село								
	чисельник								
	чисельник	38,98	36,89	58,44	36,12	53,63	51,4	67,86	89,66
Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд (в цілому, за КГН та іншими групами)	цільове значення								
	Кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ (крім кодів 110, 114), яких було взято під медичний нагляд впродовж звітного року / впродовж трьох місяців / одного місяця після отримання позитивного результату тестування у звітному році (в цілому, за КГН та іншими групами (залежно від наявності даних))	322	273	315	242	310	348	359	416
	Кількість осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів тестування 110 та 114) (в цілому, за КГН та іншими групами (залежно від наявності даних))	826	740	539	670	578	677	529	464

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд, за даними програмного моніторингу (в цілому, за КГН)	значення	46,43	51,23	69,34	47,46	58,14	58,61	68,68	86,73	
	цільове значення									
	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, яких було взято під медичний нагляд ,впродовж звітного року (в цілому, за КГН)	462	479	493	393	418	490	454	490	
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ, у звітному році (в цілому, за КГН)	995	935	711	828	719	836	661	565	
Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд	значення	48,91	50,95	72,73	46,12	61,07	53,91	71,64	89,01	
	цільове значення									
	Кількість осіб, яких було взято під медичний нагляд впродовж звітного року (крім дітей у стадії підтвердження)	404	377	392	309	353	365	379	413	
	Кількість осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів тестування 110 та 114)	826	740	539	670	578	677	529	464	

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Якою мірою підходи до надання послуг КІТ відповідають фінансово-економічній ситуації в області? Чому? Чи є наявні підходи КІТ фінансово обґрунтованими? Що потрібно змінити для забезпечення балансу між бажаною ефективністю послуг КІТ (раннє виявлення ЛЖВ та забезпечення своєчасного доступу до ВІЛ-послуг) та фінансовою доцільністю окремих підходів КІТ? Чому? Як це зробити?						4,82	1,88	6,29	14,39	
Використання ШТ у ЗОЗ (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування)	Кількість тестувань з використанням ШТ у звітному році (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування)					5269	2099	6700	12761	
	Загальна кількість тестувань у звітному році (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування)	110096	119772	124812	133823	109398	111940	106468	88656	

Аналіз профілактичних ВІА-сервісів для працівників комерційного сексу

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення								
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Відсоток PKS з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році	значення цільове значення	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 105.2 SEM) за відповідний рік	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Оціночна кількість PKS за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	1600	1600	1600	1600	1600	1600	2500	2500	
Рівень виявлення ВІЛ інфекції серед PKS	значення цільове значення					0	0	0	0	
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 105.2 SEM) за відповідний рік	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Кількість PKS, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, у звітному році					809	676	1100	1313	
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед PKS (за даними СПЕКТРУМ)	значення цільове значення									
	Оціночна кількість нових випадків ВІЛ інфекції серед PKS за даними СПЕКТРУМ за відповідний рік									
	Оціночна кількість PKS за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	1600	1600	1600	1600	1600	1600	2500	2500	

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС (якщо послуги надаються у держаних та комунальних закладах, вказати за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно-територіальними рівнями тощо)	Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики, догляду та підтримки ПКС (за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно-територіальними рівнями тощо)	1	1	1	1	1	1	1	1

Аналіз профілактичних ВІА-сервісів для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення									
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		
Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році	значення цільове значення	0	0,02	0,01	0,05	0,07	0,11	0,05	0,11		
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 103 СЕМ) за відповідний рік	0	2	1	5	7	11	5	12		
	Оціночна кількість ЧСЧ за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	10100	10100	10100	10100	10100	10100	10600	10600		
	значення цільове значення					1,89	2,99	0,46	1,04		
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 103 СЕМ) за відповідний рік	0	2	1	5	7	11	5	12		
	Кількість ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, у звітному році					371	368	1078	1156		

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ (за даними СПЕКТРУМ)	значення цільове значення								
	Оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ за даними СПЕКТРУМ за відповідний рік								
	Оціночна кількість ЧСЧ за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	10100	10100	10100	10100	10100	10100	10600	10600
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (за даними біоповедінкових досліджень)	цільове значення								
	%					4,6	5,4	4,4	0,3
Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ у НУО	Відсоток ЧСЧ, які живуть з ВІЛ								
	Кількість протестованих унікальних клієнтів					371	368	1078	1156
	Кількість клієнтів з позитивним результатом					17	20	47	3
Відсоток ЧСЧ, які охоплені тестуванням на ВІЛ впродовж останніх 12 міс. (за даними біоповедінкових досліджень)	значення цільове значення								
	чисельник								
	знаменник					371	368	1078	1156

Індикатор	Вимірювальні величини	Фактичне значення							
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами (за типами надавачів послуг)	значення цільове значення					3,67	3,64	10,17	10,91
	Кількість ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами					371	368	1078	1156
	Оціночна кількість ЧСЧ (за даними СПЕКТРУМ)	10100	10100	10100	10100	10100	10100	10600	10600
Середня кількість презервативів на одного ЧСЧ	значення цільове значення								
	чисельник								
	знаменник								
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ (якщо послуги надаються у держаних та комунальних закладах, вказати за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно-територіальними рівнями тощо)	Загальна кількість розданих презервативів ЧСЧ								
	1) Кількість ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами					371	368	1078	1156
	2) Оціночна кількість ЧСЧ								
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ (якщо послуги надаються у держаних та комунальних закладах, вказати за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно-територіальними рівнями тощо)	Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики, догляду та підтримки ЧСЧ (за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний, адміністративно-територіальними рівнями тощо)	1	1	1	1	1	1	1	1

DRAFT

**Оцінка обласної цільової соціальної програми
з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки
у Львівській області**

ЗВІТ

Автори звіту:

Служинська М.
Кутинська О.
Бордіян Я.
Сороколіт А.
Масюк Л.
Самко М.
Новак Н.

Верстка:

Сухомлинова І.

Літературна редакція:

Божок В.



МБФ «Альянс громадського здоров'я»
вул. Ділова 5, корпус 10А, 9-й поверх, 03150, Київ, Україна
Тел.: (044) 490-5485, Факс: (044) 490-5489
E-mail: office@aph.org.ua
www.aph.org.ua
www.facebook.com/AlliancePublicHealth

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60x90/8
Ум. друк. арк. 11,16
Тираж 50 прим. Замовл. № 32/2

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство» Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончара, 55
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 от 30.11.2000 р.)

