

УНІВЕРСИТЕТ «КРОК»  
Навчально-науковий інститут медицини  
Кафедра прикладної медицини

**Гуцалюк Олексій Миколайович**

**УДК 351 : [379.8 : 332.3 – 304] (477)**

**Дипломна робота**

На тему: «Державне регулювання соціально-небезпечних захворювань в  
Україні (на прикладі ВІЛ/СНІД)»  
Спеціальність 229 Громадське здоров'я  
Освітня програма: Громадське здоров'я  
Подається на здобуття освітнього ступеня “магістр”

Дипломна магістерська робота містить результати власних доробок.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело.

\_\_\_\_\_ О. М. Гуцалюк  
(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Солоненко Іван Миколайович,  
доктор медичних наук, професор

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	4
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: МІЖНАРОДНИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД</b>	9
1.1. Сутність та роль соціально-небезпечних захворювань в громадському здоров'ї	9
1.2. Синдром набутого імунodefіциту (ВІЛ/СНІД) як медико-соціальна проблема	12
1.3. Міжнародний досвід законодавчо-нормативного регулювання ВІЛ/СНІД (ВООЗ, Європейський Союз, досвід окремих країн з подолання ВІЛ/СНІД)	16
1.4. Законодавчо-нормативне регулювання ВІЛ/СНІД в Україні	23
<b>РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ (НА ПРИКЛАДІ ВІЛ/СНІД)</b>	26
2.1. Аналіз поширення соціально-небезпечних захворювань серед населення та інтенсивність епідемічного процесу як індикатор якості управлінської діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу	26
2.2. Моніторинг та оцінка показників захворюваності ВІЛ/СНІДу	35
2.3. Підвищення рівня знань та навичок фахівців щодо зменшення захворюваності ВІЛ/СНІДу в Україні	44
<b>РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ СИНДРОМУ НАБУТОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ НА СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ</b>	50
3.1. Роль громадських організацій в державному регулюванні з	

протидії ВІЛ/СНІДу в Україні	50
3.2. Взаємодія держави з населенням у сфері протидії ВІЛ/СНІДу	55
3.3. Використання міжнародного досвіду щодо децентралізації	
заходів із запобігання ВІЛ/СНІДу в Україні	63
<b>ВИСНОВКИ</b>	74
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	78
<b>ДОДАТКИ</b>	87

## ВСТУП

**Актуальність.** Дуже багато років проблема ВІЛ-інфекції/СНІДу є пандемією, яка вже охопила 40 мільйонів людей у всьому світі, і кількість інфікованих вірусом імунодефіциту людини постійно зростає. Такі масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини набувають глобального характеру та постають реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу. За висновками експертів та результатами досліджень ВІЛ/СНІД є важким викликом для міжнародної спільноти.

Епідемія ВІЛ стала одним з найнебезпечніших чинників, які негативно впливають на розвиток особистості та суспільства, зумовлюючи зниження середньої тривалості життя, збільшення попиту на медичні послуги, загострення проблем бідності та соціальної нерівності. Боротьба з цією хворобою стає одним з пріоритетних завдань держави в галузі охорони здоров'я населення. І успішна реалізація цього завдання потребує належного нормативно-правового забезпечення та послідовної і прозорої державної політики.

ВІЛ-інфекція та СНІД, які поширюються в Україні швидкими темпами, становлять загрозу як для громадського здоров'я, так і для стратегічного розвитку нашої держави. Адже епідемія негативно позначається на стані національної безпеки, економічному зростанні та соціальному розвитку країни. Політика протидії епідемії має передбачати запобігання, подолання та зменшення її наслідків.

Одним із напрямів соціальної політики будь-якої цивілізованої держави є охорона здоров'я населення, адже збереження та зміцнення здоров'я є складовою державного будівництва, соціальної політики, системи національної безпеки, а також одне з найважливіших завдань і внутрішніх функцій держави.

«Обґрунтований вибір інструментів політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та оцінка результатів їх використання є надзвичайно важливими з

огляду на складну епідеміологічну ситуацію. Проте варто зазначити, що в Україні наукових публікацій, присвячених проблемам державного управління та політики у сфері ВІЛ/СНІДу, небагато. Серед них можна відзначити, зокрема, праці Крисько М. [40], Хожило І. [62], Якобчук А. [64] та ін.».

Окремі аспекти формування та розвитку сучасної системи протидії ВІЛ/СНІДу в Україні висвітлені у працях: Аряев Н. [1], Балакіревої О. [3], Бойко А. [7], Дуб Ю. [24], Котова Н., Старец Е., Жилка Н. [1] та ін. Питання стандартизації державних послуг, співвідношення соціальних послуг із публічними та адміністративними досліджували: Буроменський М. [12], Губар О. [15], Богдан Д., Бойко А. [11], Василькова А., Кисельов В. [36] та ін.

«Особливістю сучасного стану вітчизняної системи охорони здоров'я є глибока управлінська криза, що найбільш виразно ідентифікувалася в управлінні профілактикою соціально небезпечних хвороб, зокрема ВІЛ-інфекції/СНІДу. Сьогодні в Україні в системі формування ефективного механізму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу органам місцевого самоврядування об'єктивно відводиться одна з провідних ролей, адже саме місцевий рівень є тим базисом, на основі якого формується та в подальшому ефективно розвивається система співпраці між державними та громадськими інститутами, які є відповідальними виконавцями профілактичних програм» [28]. «Однак зазначимо, що законодавчими та нормативно-правовими актами остаточно не врегульованою ще залишається проблема розмежування повноважень між органами виконавчої влади центрального рівня та органами місцевого самоврядування з питань забезпечення виконання програмних завдань з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу» [28].

Незважаючи на дослідження науковців та практиків сьогодення проблема щодо державного регулювання соціально-небезпечних захворювань в Україні, зокрема ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні залишається спеціальним предметом комплексного наукового та практичного аналізу. Звідси виникає об'єктивна потреба в обґрунтуванні теоретичних підходів щодо вдосконалення механізмів державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, її моніторингу та

визначенні ефективності; розробці практичних рекомендацій щодо застосування державно-громадської співпраці в досліджуваній сфері.

Соціально небезпечні захворювання в Україні мають суттєвий вплив на демографічний та трудовий потенціал нації, економічну, політичну стабільність та на безпеку держави в цілому. Зважаючи на важливість та багатоплановість цієї соціально-медичної проблеми, вплинути на поширеність соціально небезпечних захворювань, організувати профілактику та боротьбу з ними можливо шляхом співпраці органів місцевого самоврядування, виконавчої влади, міжнародних та вітчизняних неурядових організацій.

Визначальну роль у вирішенні зазначеної соціально-медичної проблеми відіграє удосконалення механізмів державного регулювання соціально небезпечних захворювань, що набуває особливого значення на фоні демографічної кризи, соціальних перетворень у суспільстві, маргіналізації певної частини населення держави.

Проведений аналіз літературних джерел показав, що міжнародні організації – Міжнародна організація праці, Всесвітня організація охорони здоров'я – серед шляхів подолання епідемії ВІЛ/СНІДу значну увагу приділяють інформаційно-просвітницькій роботі серед населення, особливо серед молоді. Необхідні розробка та прийняття стратегій профілактики, що адаптовані до національних умов, з урахуванням гендерних, культурних, соціальних та економічних аспектів.

**Метою дослідження** є огляд сучасного стану державної політики та обґрунтування рекомендацій щодо удосконалення державного регулювання з подолання соціально небезпечних захворювань в Україні, зокрема ВІЛ-інфекції/СНІДу на основі вітчизняного та міжнародного досвіду з метою покращення надання медико-соціальних послуг населенню.

Для досягнення мети було поставлено наступні **завдання**:

- визначити сутність та роль соціально небезпечних захворювань як медико-соціальної проблеми в Україні, зокрема синдрому набутого імунodefіциту (ВІЛ/СНІД);

- дослідити міжнародний та вітчизняний досвід законодавчо-нормативного регулювання з протидії ВІЛ/СНІДу та провести порівняльний аналіз;
- провести аналіз особливостей ВІЛ/СНІДу в Україні як епідемічного процесу та його моніторингу;
- дослідити роль фахівців та громадських організацій в державному регулюванні з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні;
- обґрунтувати використання міжнародного досвіду щодо удосконалення державного регулювання з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні на засадах децентралізації.

**Предметом дослідження** є державне регулювання протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

**Об'єктом дослідження** виступають суспільні відносини, що склались у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

**Методи дослідження.** Для реалізації визначених мети та завдань у процесі дослідження використано комплекс загальнонаукових та спеціальних методів, у тому числі: абстрактно-логічний (аналіз наукових джерел, нормативно-правової бази за темою дослідження); структурно-функціональний та системний (всебічне вивчення державно-громадської співпраці у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, її складові, координаційний механізм між ними, взаємовідносини між суб'єктами співпраці, їх повноваження та особливості виконуваних ними функцій); історичний (досліджено історичну ретроспективу, еволюцію вітчизняної системи державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні); аналогії та порівняння (оцінено можливості впровадження елементів зарубіжного досвіду та механізмів надання медичних і соціальних послуг у вітчизняну державно-управлінську практику); синтезу та моделювання, за допомогою яких сформовано рекомендації щодо вдосконалення механізмів державного управління у взаємодії з громадськістю з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні; прогностичний та абстрагування (формування положень наукової новизни, висновків та практичних рекомендацій щодо

вдосконалення механізмів державного управління у взаємодії з громадськістю щодо протидії ВІЛ/СНІДу в Україні).

Аналітичний огляд в роботі полягає у наступному: аналіз міжнародного та українського законодавства, наукових публікацій за тематикою завдань огляду; інтерв'ю з експертами (до складу яких входили соціальні та медичні фахівці, державні службовці, практичні працівники громадських організацій, юристи та соціальні аналітики, працівники системи соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді); аналіз досвіду інших країн; проведення засідань «круглих столів» з обговорення проблем та напрацювання рекомендацій.

**Структура дослідження.** Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (76 найменувань) та 3 додатків. Загальний обсяг роботи становить 92 сторінки друкованого тексту, в тому числі 87 сторінок основного тексту, 9 сторінок списку використаних джерел та 5 сторінок додатків. Робота містить 3 таблиці, 7 рисунків.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ: МІЖНАРОДНИЙ ТА ВІТЧИЗНЯНИЙ ДОСВІД

### 1.1. Сутність та роль соціально-небезпечних захворювань в громадському здоров'ї

Державна політика у сфері протидії захворюванню на ВІЛ/СНІД, туберкульоз та інші соціально небезпечні інфекційні хвороби – це комплекс політичних, законодавчих, управлінських, економічних, соціальних, медичних, санітарних, комунікативних, освітніх та інших заходів, що здійснюються певними уповноваженими на це державними органами чи їх представниками, спрямованих на: захист населення України від соціально небезпечних інфекційних хвороб, забезпечення ефективного державного контролю епідемічної ситуації, скорочення рівня захворюваності, поширеності та смертності від цих особливо небезпечних інфекційних хвороб, подолання соціально-економічних та медичних чинників і наслідків епідемії соціально небезпечних інфекційних хвороб в Україні. Водночас, державна політика у сфері протидії захворюванню на соціально небезпечні інфекційні хвороби традиційно реалізовується в Україні шляхом вирішення низки вузькогалузевих медичних завдань.

Центральним органом виконавчої влади, відповідальним за реалізацію державної політики у сфері боротьби із соціально небезпечними інфекційними хворобами, є Міністерство охорони здоров'я України, а на місцях – відповідні місцеві органи управління галуззю охорони здоров'я. Але сьогодні проблема туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІД, вірусних гепатитів вийшла за рамки суто

медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через невинне зростання темпів їх поширення серед населення України.

Принцип галузевого управління складним соціальним об'єктом, якими є епідемії туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально небезпечних інфекційних хвороб, зокрема суто медичний підхід до аналізу епідеміологічних показників перешкоджає своєчасному прогнозуванню перспектив розвитку цих епідемій та розробці відповідного плану національної міжвідомчої протидії їх викликам, внаслідок чого епідемії туберкульозу та інших соціально небезпечних інфекційних хвороб залишаються надзвичайно загрозливими не тільки для життя та здоров'я наших громадян, а, за великим рахунком, є підстави вважати цю ситуацію, як загрозу національній безпеці української держави, що становить перешкоду на шляху до міжнародної інтеграції України.

Основним для України інструментом реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульоз та інші соціально небезпечні інфекційні хвороби є медичні соціальні загальнодержавні та місцеві цільові програми, спрямовані виключно на організацію надання населенню медичної проти інфекційної допомоги. Через відсутність чіткого усвідомлення причин та рівня поширеності епідемій основний потік фінансування відповідних заходів традиційно спрямовується на подолання наслідків епідемій, а не на профілактику і попередження, що, в свою чергу, призводить до зростання темпів поширення епідемій та низької ефективності використання коштів, спрямованих на їх подолання.

Зокрема, інфекції ВІЛ/СНІДу, туберкульозу є на сьогоднішній день найбільш інтегрованою проблемою із всіх існуючих соціально-економічних проблем в Україні, оскільки незначна ефективність медичних заходів із подолання туберкульозу детермінована відсутністю належної політичної волі до подолання епідемії туберкульозу, корумпованістю влади на всіх її рівнях, низьким рівнем економічного розвитку країни, високим рівнем бідності населення, масовим безробіттям, занепадом системи житлово-комунального господарства, незадовільним становищем в галузях охорони здоров'я та

безпеки праці, незадовільним соціальним та пенсійним забезпеченням переважної більшості населення, слабкою санітарною освіченістю та загально низьким культурним рівнем населення, неконтрольованими міграційними процесами, злочинністю, недосконалістю пенітенціарної системи, неефективною політикою в сфері міжнаціональних відносин, поширенням ВІЛ-інфекції, наркоманії та алкоголізму тощо. Тож досягнення конкретних успіхів у контролі за епідемією туберкульозу мають бути закріплені на загальнодержавному рівні в якості одного з провідних індикаторів успішності соціально-економічних перетворень в державі в цілому.

«В Україні тривалий час відсутня національна програма протидії захворюванню на туберкульоз, яка мала бути розроблена на виконання рекомендації Рахункової палати за результатами попереднього аудиту щодо протидії захворюванню на туберкульоз, проведеного у 2017 році. Кабінетом Міністрів України було підготовлено проект Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії туберкульозу на 2018-2021 роки», зареєстрований у Верховній Раді України у січні 2019 року. Проте, Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД прийняла рішення про відмову від формату загальнодержавної цільової соціальної програми та надала рекомендації МОЗ розробити нормативно-правовий акт «Про основні засади (стратегії) державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу та вірусних гепатитів В і С на період до 2030 року», внаслідок чого відповідний законопроект було відкликано у серпні 2019 року. Натомість розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1415-р було схвалено «Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» [20].

«Однак, у порушення вказаного розпорядження, трирічні плани заходів щодо виконання цієї стратегії не були розроблені МОЗ України (або профільним міністерством) спільно з центральними органами виконавчої влади, обласними та Київською міською держадміністраціями. У зв'язку із цим не

було розпочато впровадження реальних заходів щодо досягнення її мети – подолання епідемії туберкульозу як глобальної загрози громадському здоров'ю та благополуччю населення, зменшення рівня захворюваності, інвалідизації та смертності шляхом створення та функціонування ефективних, інноваційних, гнучких систем надання якісних і доступних послуг профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки, що базуються на правах та потребах людини і пацієнта. З метою протидії захворюванню на туберкульоз центральними та місцевими органами виконавчої влади здійснювалася робота за Планом заходів щодо реалізації «Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІД на період до 2020 року», затвердженим розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.03.2017 № 248-р. Проте, протягом 2017-2019 років у повному обсязі було виконано лише 20,7% запланованих заходів» [52].

## **1.2. Синдром набутого імунodefіциту (ВІЛ/СНІД) як медико-соціальна проблема**

ВІЛ-інфекція посідає провідне місце серед проблем охорони здоров'я багатьох країн світу. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи. Особливо гостро стоїть дана проблема переважно серед молоді.

Перші випадки СНІДу були зареєстровані в США. Влітку 1981 р. були опублікована доповідь Центру з контролю захворюваності з описом 5 випадків пневмоцистної пневмонії і 26 випадків саркоми Капоші у раніше здорових гомосексуалістів з Лос-Анджелеса і Нью-Йорка. Протягом наступних кількох місяців випадки СНІДу зареєстровані серед ін'єкційних наркоманів обох статей, а незабаром після цього у осіб, які перенесли перелітання крові, особливо у хворих на гемофілію. Спочатку до групи ризику помилково віднесли вихідців з

Гаїті, оскільки поширеність нього захворювання серед них на той момент була особливо велика. Епідеміологічні дослідження серед гаїтян які емігрували до США. так і серед тих, які проживають на батьківщині показали, що на СНІД хворіють особи і гомосексуальної, і гетеро сексуальної орієнтації. Більш того, на Гаїті, як і в Західній. Екваторіальній і Південній Африці та інших країнах, що розвиваються, останні переважають. Після того як було охарактеризовані групи хворих на СНІД. стало ясно, що причина захворювання – інфекція, що передається статевим шляхом, а також з кров'ю та її компонентами.

«ВІЛ вперше був виділений у 1983 р. з культури клітин хворого з персистуючою генералізованою лімфаденопатією, а в 1984 р. встановлено, що цей вірус є збудником СНІДу (F. Вагтє- Sinoussi et al., 1983; M. Popovic et al., 1984). До того як ВІЛ отримав сучасну назву, він називався по різному: вірус, асоційований з лімфаденопатією (LAV), Т-лімфотропний вірус людини (HTLV) типу 3, СНІД асоційований ретровірус (ARY). У 1986 р. розроблений чутливий метод діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою ІФА. Це дозволило оцінити поширеність ВІЛ-інфекції в СЕНА серед гомосексуалістів та ін'єкційних наркоманів а також серед донорів крові. новобранців, військовослужбовців, людей, які подали заяву в Корпус робочих місць або звернулися до деяких лікарень. Виявлення антитіл до ВІЛ у поєднанні з визначенням числа лімфоцитів СД4 у крові хворих (як показника імуносупресії) показало, що прояви ВІЛ-інфекції дуже різноманітні: від безсимптомного носійства до розгорнутої картини СНІДу» [43, с .11].

«У перші роки після виявлення епідемії СНІДу, лікування ВІЛ-інфікованих людей здійснювала лише невелика група лікарів у кількох клініках, в основному, розташованих у великих містах на північно-східному і західному узбережжях США. Сьогодні вже не викликає сумнівів, що кожен лікар повинен вміти розпізнавати ВІЛ-інфекцію, мати уявлення про принципи обстеження і ведення таких хворих. Сімейним лікарям, терапевтам, акушерам, гінекологам, педіатрам, хірургам і лікарям інших спеціальностей все частіше доводиться

стикатися з ВІЛ- інфікованими. які потребують лікування захворювань, як пов'язаних, так і не пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.

Небувале зростання числа ВІЛ-інфікованих у всьому світі призвело до лавиноподібного накопичення інформації про будову і цитопатичну дію ВІЛ. про імунні порушення при ВІЛ-інфекції. про лікування і профілактику супутніх опортуністичних інфекцій, а також до активного пошуку вакцин проти ВІЛ» [43, с. 12-13].

У всьому світі більшість випадків СНІДу сьогодні викликано ВІЛ-1. Кількість інфікованих ВІЛ-1 на земній кулі перевищує 40 млн. осіб, більшість з них живе в Азії. Західній. Екваторіальній і Південній Африці і Південній Америці. Не викликає сумнівів, що перебіг ВІЛ-інфекції залежить від властивостей як збудника, так і макроорганізму.

«Перебіг ВІЛ-інфекції відрізняється непостійністю. В одних людей інфекція прогресує швидко, в інших повільно навіть при зараженні від одного і того джерела (Lin SL et al.. 1997). У деяких ВІЛ-інфікованих число лімфоцитів CD4 не знижується і СПІД не розвивається протягом 7 і більше років у таких осіб (їх близько 5%). У таких випадках тривалий непрогресуючий перебіг інфекції. В деяких випадках виявлені дефектні віруси з ослабленою здатністю до реплікації (F Kirclihoff et al.. 1995). Однак у більшості ВІЛ-інфікованих вірус активно реплікується. а відмінності у швидкості розвитку імунодефіциту пояснюються особливостями макроорганізму. Із з'ясуванням цих особливостей, в тому числі генетичних факторів і механізмів імунного захисту, пов'язують перспективи подальшого вивчення патогенезу ВІЛ- інфекції та створення методів імунотерапії та профілактики» [23].

«ВІЛ відноситься до сімейства ретровірусів. підроддини лентівірусів. Лентівіруси викликають хронічний перебіг інфекції з тривалим латентним періодом, перснстуючою репродукцією вірусу і ураженням ЦНС. Збудники типових лентівірусних інфекцій: вірус віспи, що викликає захворювання у овець: вірус імунодефіциту мавп і вірус котячого імунодефіциту. За допомогою електронної мікроскопії показано, що ВІЛ-1 і ВІЛ-2 мають подібну структуру.

Однак, у них є і відмінності за молекулярною масою білків і деякими додатковими генами Філогенетично ВІЛ-2 ближчий до вірусу імунодефіциту мавп, що виявлений у мангобеїв. ніж до ВІЛ-1. Припускають, що у людей, інфекція, викликана ВІЛ-2, з'явилася в результаті зараження від мавп. Реплікація як ВІЛ-1, так і ВІЛ-2 відбувається в лімфоцитах CD4: обидва віруси викликають СШД, хоча у інфікованих ВІЛ-2, перебіг зазвичай легший» [43, С.15]. Також відбувається розподіл послідовностей в гені env ВІЛ-1 (табл. 1.1)

Таблиця 1.1

**Розподіл на групи щодо основних послідовностей в гені env ВІЛ-1**

№ з/п	Назва групи	Характерна територія	Група М є домінуючою
1.	M (main)	Поділяється на 10 субтипів (А - J), які мають різне географічне поширення (G. Myers et al. 1995)	- в Європі і Північній Америці превалює субтип В; - в Центральній Африці субтип А; - в Південній Африці і в Індії субтип С; - в Таїланді субтип Е; - в Південній Америці субтип F.
2.	N (new)	Західної Африки (G. Myers et al., 1994)	
3.	O (outlier)	Західної Африки (G. Myers et al., 1994)	

Унікальність ВІЛ-інфекції полягає передусім у тому, що за такої патології вибірково уражається імунна система, головна функція якої – забезпечення життєздатності організму.

Система імунітету складається з двох великих і складних за своєю структурою й функцією компонентів – природного (природного, неспецифічного) та набутого (специфічного) імунітету.

Фактори природного імунітету (неспецифічного природного захисту) діляться на клітинні (мононуклеарні фагоцити, гранулоцити, кілерні клітини) та гуморальні (система комплементу, інтерферон тощо). Вони першими приймають на себе удар після проникнення до організму патогенних мікроорганізмів, виникнення клітин – мутантів тощо.

«У подальшому в процес боротьби з ушкоджувальними агентами включаються фактори специфічного імунітету, що здійснюють цілеспрямовану боротьбу з певним, тепер уже встановленим агресором. Ці фактори характеризуються високим ступенем специфічності й також поділяються на клітинні та гуморальні. Клітинний захист і регуляторні функції здійснюють Т-лімфоцити-хелпери й цитотоксичні (стара назва – Т-супресори), гуморальну – В-лімфоцити. відповідальні за синтез антитіл» [43, с. 18].

### **1.3. Міжнародний досвід законодавчо-нормативного регулювання ВІЛ/СНІД (ВООЗ, Європейський Союз, досвід окремих країн з подолання ВІЛ/СНІД)**

«Конвенція Організації Об'єднаних Націй про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, ратифікована Україною 19.12.1980 р.» [41];

«Міжнародний пакт ООН про громадянські і політичні права, ратифікована Україною 19.10.1973 р.;

Конвенція МОП № 111 про дискримінацію в галузі праці та занять, ратифікована Україною 04.08.1961 р.;

Конвенція МОП № 156 про рівне ставлення й рівні можливості для трудящих чоловіків і жінок: трудящі із сімейними обов'язками, ратифікована Україною 22.10.1999 року;

Рекомендація МОП № 200 щодо ВІЛ/СНІД та сфери праці» [36].

Стратегія базується на основних правових нормах міжнародного та вітчизняного законодавства, зокрема щодо:

«1) забезпечення дотримання прав громадян, у тому числі ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, на:

- добровільне безкоштовне обстеження на ВІЛ, отримати до- і після тестове консультування (ст. 7 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»);

- анонімність медичного обстеження і конфіденційність (нерозголошення) інформації про стан свого здоров'я, у тому числі про ВІЛ (забезпечення «лікарської таємниці»). (Конституція України, статі 8,12 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», Закон України «Про інформацію»)» [28];

- «відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням прав, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження громадянина ВІЛ-інфекцією (ст. 17 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»)» [30];

- «безоплатне забезпечення ліками, необхідними для лікування, засобами особистої профілактики, психосоціальної підтримки тощо (ст. 40 Конституції України, ст. 17 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»; ст. 10 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб»)» [28];

- «якщо потребує стан здоров'я у відповідності з медичним висновком (за особистою згодою): переведення на легшу роботу, більш зручний графік роботи або неповний робочий день, тиждень; сприяння в працевлаштуванні на більш прийнятну роботу; сприяння у перекваліфікації, професійному навчанні (ст. 170 Кодексу законів про працю)» [37];

- відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням прав громадян, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб вірусом імунodefіциту людини; безоплатне забезпечення ліками, необхідними

для лікування будь-якого наявного у них захворювання, засобами особистої профілактики та на психосоціальну підтримку; безоплатний проїзд до місця лікування і у зворотному напрямку за рахунок лікувальної установи, яка видала направлення на лікування; користування ізольованою жилою кімнатою;

2) «заборони роботодавцям при підписанні трудової угоди вимагати у осіб, що поступають на роботу, документи, надання яких не передбачено законодавством, у тому числі особистої інформації про стан здоров'я і ВІЛ-статус та відмовляти людині у прийнятті на роботу, її просуванні по роботі чи звільняти через наявність у неї ВІЛ-статусу (статі 22 і 25 КЗпП України)» [37];

3) обов'язку роботодавця:

- запроваджувати комплексні заходи з контролю за інфекційними хворобами, в тому числі на робочих місцях;

- «забезпечити додержання санітарно-гігієнічних та санітарно-епідеміологічних правил і норм, а також організацію та проведення медичних оглядів і обстежень, профілактичних щеплень, запровадження профілактичного виховання та навчання громадян (стаття 10 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»)» [38];

- «страхування на випадок інфікування ВІЛ працівників при виконанні ними службових обов'язків, а також на випадок інвалідності або смерті від захворювання, спричиненого розвитком ВІЛ-інфекції (стаття 26 Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»)» [30];

- забезпечити працівників, які проводять діагностику ВІЛ-інфекції, лікують ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД, контактують з кров'ю і іншими біологічними матеріалами інфікованих осіб, засобами захисту у відповідності до переліку і нормативів, встановленими Кабінетом Міністрів України. Крім цього, МОЗ України повинен створити умови для проходження, за бажанням працівників, медичних оглядів з метою виявлення зараження на ВІЛ-інфекцію;

- соціальний захист та пільги, які передбачені чинним законодавством для усіх працюючих, у тому числі оплату лікарняних, та захист на випадок безробіття, зокрема сприяння працевлаштуванню ДЦЗ, виплата матеріальної допомоги тощо;

4) «не допущення будь-якої дискримінації (ст. 24 Конституції України, ст. 2 Конвенції МОП № 111 про дискримінацію в галузі праці та занять, ст. 26 Міжнародного пакту про громадянські і політичні права, ст. 17 Закону України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», Рекомендація МОП № 200)» [30, 31, 37];

5) «гендерна рівність (ст. 24 Конституції України, ст. 11 Конвенції ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, Закон України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 8 вересня 2005 р. № 2866-15)» [39, 41];

б) «створення безпечних умов праці та охорона праці окремих категорій працівників (ст. 43 Конституції України, ст. 153-173 КЗпП України, Закон України «Про охорону праці», Закон України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення»)» [30].

«Особливе місце серед міжнародних і національних правих актів займає Рекомендація МОП № 200 щодо ВІЛ/СНІД та сфери праці, ухвалена у 2010 році, яка передбачає чітке зобов'язання держав-членів МОП та представників роботодавців і працівників підключитися, у тісній співпраці з організаціями людей, які живуть із ВІЛ, та міжнародними організаціями-партнерами, зокрема ЮНЕЙДС, до реалізації значного внеску сфери праці у забезпечення універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки» [41].

Рекомендація відображає необхідність посилення профілактичних заходів на робочих місцях і забезпечення доступу осіб, які живуть із ВІЛ/СНІДом або постраждалих осіб, до лікування. Вона закликає до розроблення та ухвалення національної тристоронньої політики та тристоронніх програм щодо

ВІЛ/СНІДу на робочих місцях, а також їх інтеграції в загальну національну політику й програми щодо ВІЛ/СНІДу, а також розвитку і соціального захисту.

Вона закликає до дотримання основних прав людини всіх працівників, зокрема додержання принципу гендерної рівності та права бути вільним від обов'язкового тестування на ВІЛ і розголошення ВІЛ-статусу, разом з тим заохочуючи всіх якомога раніше пройти добровільне конфіденційне консультування й тестування на ВІЛ.

Державам-членам МОП також пропонується забезпечити виконання положень Рекомендації шляхом внесення змін у національне законодавство чи прийняття відповідних законів, коли це необхідно.

Рекомендація містить загальні принципи, які повинні застосовуватися по відношенню до всіх дій в межах національних заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД у сфері праці:

- «заходи у відповідь на ВІЛ/СНІД слід визнати такими, що сприяють реалізації прав людини і основних свобод та забезпеченню гендерної рівності для всіх, зокрема працівників, їхніх сімей та утриманців;

- ВІЛ/СНІД слід визнати та розглядати як питання, пов'язане з робочими місцями, до нього слід ставитися як до одного з найважливіших елементів національних, регіональних та міжнародних заходів у відповідь на пандемію на основі всебічної участі організацій роботодавців і працівників;

- не повинна мати місця дискримінація або стигматизація працівників, зокрема шукачів роботи й претендентів на робочі місця на підставі їхнього фактичного або приписуваного статусу ВІЛ-інфікованих осіб чи на підставі їхньої належності до регіонів світу або верств населення, які вважаються більшою мірою підданими ризику інфікування ВІЛ або більш уразливими до ВІЛ-інфекції;

- профілактика всіх засобів передачі ВІЛ-інфекції повинна бути одним із основоположних пріоритетів;

- працівники, їхні сім'ї та утриманці повинні мати доступ до послуг із профілактики, лікування, догляду та підтримки стосовно ВІЛ/СНІДу та

користуватися ними, а робочі місця повинні відігравати роль у полегшенні доступу до цих послуг;

- слід визнати та активізувати участь працівників у розробленні, реалізації й оцінюванні національних програм і програм на робочих місцях;

- працівники повинні мати користь від програм профілактики особливих ризиків передачі на робочих місцях ВІЛ-інфекції та супутніх інфекційних захворювань, таких як туберкульоз;

- працівникам, їхнім сім'ям та утриманцям слід забезпечити захист приватного життя, зокрема конфіденційність інформації стосовно ВІЛ/СНІДу, особливо стосовно їхнього власного ВІЛ-статусу;

- не можна вимагати від працівників проходження тесту на ВІЛ або повідомлення інформації про їхній ВІЛ-статус;

- заходи боротьби з ВІЛ/СНІДом у сфері праці повинні бути частиною національної політики й національних програм у цілях розвитку, зокрема тих, що стосуються питань праці, освіти, соціального захисту та охорони здоров'я;

- захист працівників у професіях, які особливо піддані ризику передачі ВІЛ» [60].

«У червні 2001 року Україна стала ініціатором Спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН з питань ВІЛ/СНІД, яка визначила пріоритетні напрямки активізації боротьби світової спільноти з цією епідемією. На сесії керівники 189 держав підписали Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІД (Декларація UNGASS від 27 червня 2001 року)» [73].

«Декларація закликає держави, що її підписали, посилити на місцях боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІД, визначити завдання з фінансування цієї сфери і виробити спеціальні політику та програми на досягнення конкретних цілей, зокрема, щоб щонайменше відсотків молодих чоловіків і жінок у віці від 15 до 24 років мали доступ до інформації, освіти, включаючи методи взаємної освіти серед однолітків і орієнтовані на молодь просвітницькі програми з ВІЛ, і послуг, необхідних для розвитку життєвих навичок, потрібних для зниження їх

уразливості інфікування ВІЛ, в рамках повноправного партнерства з молоддю, батьками, родинами, працівниками сфери освіти та медичними кадрами» [19].

Декларація також зобов'язує уряди всіх країн, які її підписали, періодично оцінювати досягнення для вимірювання поступу у виконанні взятих на себе зобов'язань.

«Засідання Генеральної Асамблеї ООН з питань СНІДу у штаб-квартирі ООН у Нью-Йорку у червні 2011 року відзначило декілька дат: 30 років із моменту виявлення першого випадку СНІДу, 10 років після знакової Спеціальної Сесії Генеральної Асамблеї ООН із питань ВІЛ/СНІДу і 5 років після Зустрічі на високому рівні 2006 року, де було прийнято зобов'язання щодо універсального доступу. Під час засідання високого рівня держави-члени ООН одностайно ухвалили нову Політичну декларацію з ВІЛ/СНІД: Інтенсифікуємо зусилля з викорінення ВІЛ/СНІД. Декларація встановила нові цілі та закликала держави-члени подвоїти зусилля з досягнення універсального доступу, з наміром досягнення чітких цілей до 2015 року, а саме» [47]:

- «зменшити передачу ВІЛ статевим шляхом на 50 %;
- зменшити на 50 % передачу ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики;
- забезпечити, щоб жодна дитина не народилася з ВІЛ, та зменшити материнську смертність, пов'язану з ВІЛ;
- розширити доступ до антиретровірусної терапії з метою охоплення рятівним для життя лікуванням 15 млн. людей;
- зменшити на 50 % кількість смертей, спричинених туберкульозом серед людей, які живуть із ВІЛ».

#### 1.4. Законодавчо-нормативне регулювання ВІЛ/СНІД в Україні

Сьогодні в Україні створена достатня правова база з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу для врегулювання основних правових взаємовідносин держави, роботодавців та найманих працівників у сфері праці:

##### ***Національне законодавство:***

«Конституція України» [39]

«Кодекс законів про працю України, «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 12.12.1991 р. № 1972-ХІІ (у редакції від 23.12.2010. № 2861-VІ) (редакція від 19.04.2012), стаття 4, частина 6: «Держава гарантує забезпечення: включення питань щодо профілактики ВІЛ-інфекції, здорового та морального способу життя, духовних цінностей, відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків, традиційних сімейних цінностей, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, та їх близьких, а також щодо неприпустимості дискримінації таких людей та необхідності формування толерантного ставлення до них до відповідних навчальних програм для середніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів» [30];

«Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» від 19.02.2009 р. N 1026-VІ зобов'язує «...забезпечити навчання учнів усіх загальноосвітніх навчальних закладів за програмами формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу» [53];

«Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6.04.2000 р. № 1645-ІІ [37];

«Про колективні договори і угоди» від 1.07.1993 р. № 3356-ХІІ;

«Про охорону праці» від 14.10.1992 р. № 2694-ХІІ;

«Про захист персональних даних» від 1.06.2010 р. № 2297-VІ;

«Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р. № 4004-ХІІ;

«Про соціальний діалог в Україні» від 23.12.2010 р. № 2862-VI.

*Укази Президента України:*

«Про розвиток соціального діалогу в Україні» від 29.12.2005 р. № 1871/2005;

«Про додаткові заходи щодо вдосконалення соціального діалогу в Україні» від 19.05.2008 р. № 451/2008.

«Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» від 16.10.1998 року № 1642;

«Про перелік і нормативи використання засобів індивідуального захисту працівників установ охорони здоров'я, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають меддопомогу ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД, а також контактують з кров'ю і іншими біологічними матеріалами від ВІЛ-інфікованих осіб» від 18.12.1998 р. (в редакції від 27.06.2003р.) № 2026;

«Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 11 липня 2007 р. № 926 [52].

Наказ МОН України від 07.07.2009 №833 «Про виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД щодо підготовки педагогічних працівників та охоплення навчанням учнівської молоді за програмами розвитку життєвих навичок».

«Рекомендації з реалізації політики щодо ВІЛ-інфекції у загальноосвітніх навчальних закладах України (методичні рекомендації). Додаток до листа Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 20.07.2012 № 1/9–520. Рекомендації покликані надати практичну допомогу керівникам виконавчої влади, що здійснюють управління в сфері освіти, керівникам і працівникам навчальних закладів у вирішенні питань, пов'язаних з перебуванням у навчальних закладах учнів та співробітників, які живуть з ВІЛ або яких торкнулася епідемія ВІЛ-інфекції, та організації профілактичної освіти з метою запобігання подальшому розвитку епідемії» [54].

«Наказ МОН від 08.11.2004 № 855 «Про заборону тютюнокуріння в навчальних закладах і установах Міністерства освіти і науки України і затвердження заходів щодо проведення антинікотинової інформаційно-освітньої та профілактичної роботи серед дітей, учнівської та студентської молоді», п.1: «Заборонити тютюнокуріння у приміщеннях і на територіях навчальних закладів та установ Міністерства освіти і науки України». Наказ також зобов'язує обласні управління освіти розширювати мережу шкіл сприяння здоров'ю та надавати допомогу неурядовим громадським організаціям, працівникам охорони здоров'я, соціальним службам для молоді у залученні до участі в освітніх та пропагандистських заходах за міжнародними проектами, програмами» [50].

Наказ МОН від 01.02.2010 № 58 «Про затвердження заходів щодо виконання Державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення на період до 2012 року»:

**Загальнодержавна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2021 року»**, затверджена Законом України від 5 березня 2009 року № 1065-VI, в частині 1.2. «Протидія ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії» серед іншого передбачає підвищення рівня обізнаності населення щодо ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та наркоманії, формування толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих, хворих на СНІД і наркоманію дітей, для чого забезпечити до 2021 року інформування 100

відсотків дітей старшого шкільного віку про те, як захистити себе від захворювання на ВІЛ/СНІД [51].

Здійснення державної політики у сфері профілактичної освіти, здорового способу життя та профілактики ВІЛ-інфекції серед учнівської молоді покладено на Міністерство освіти і науки України (МОН). Обов'язкове впровадження профілактичних програм у загальноосвітні, професійно-технічні та вищі навчальні заклади визначається пріоритетними складовими державної освітньої політики, забезпечення яких гарантує держава. Організація програм первинної профілактики, популяризація здорового способу життя, запобігання ВІЛ та іншим соціально небезпечним хворобам, а також організаційні вимоги до умов перебування в навчальних закладах, що гарантують безпеку, збереження здоров'я, режим раціонального харчування та відпочинку, регулюються низкою законодавчих актів та нормативних документів.

Нормативними документами, що визначають місце профілактичної освіти в системі освіти України загалом, є:

**«Національна доктрина розвитку освіти, яка проголошує, що пріоритетним завданням системи освіти є виховання людини в дусі відповідального ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих як до найвищої індивідуальної і суспільної цінності. Це здійснюється шляхом розвитку валеологічної освіти, повноцінного медичного обслуговування, оптимізації режиму навчально-виховного процесу, створення екологічно сприятливого життєвого простору» [54].**

**«Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року, схвалена Указом Президента України від 25 червня 2013 року № 344, в частині «Розроблення та підтримка державних програм в освіті», яка передбачає, зокрема, складання та затвердження нових державних програм превентивного виховання дітей і молоді в системі освіти України» [54].**

**«Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року визначає такі пріоритетні напрямки у сфері освіти :**

- розроблення та реалізація міжгалузевих стратегій, спрямованих на пропагування, формування і заохочення до здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства;

- інформування населення з питань відповідального ставлення до охорони особистого здоров'я;

- проведення просвітницьких заходів з питань охорони здоров'я, пропагування здорового способу життя, планування сім'ї, зміцнення репродуктивного здоров'я населення, охорони материнства, а також профілактики онкологічних захворювань» [55].

## РОЗДІЛ 2

### ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ СОЦІАЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ (на прикладі ВІЛ/СНІД)

#### 2.1. Аналіз поширення соціально-небезпечних захворювань серед населення та інтенсивність епідемічного процесу як індикатор якості управлінської діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу

Вирішення проблеми поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу стало своєрідним критерієм, який визначає рівень демократичності держави. Не зважаючи на те, що стратегію боротьби з цими недугами визнано одним з пріоритетів державної політики, стабілізувати епідемію поки що не вдається. Це дає підстави до перегляду не тільки механізмів формування та реалізації державної політики у цій сфері, але й визначенні її дієвості.

У відповідних галузях, задіяних до протидії ВІЛ/СНІДу, дієвість державної політики можна оцінити за допомогою таких критеріїв, як ефективність, результативність та економічність. Однак особливість цього процесу полягає в тому, що головна увага при оцінці цих показників приділяється не стільки отриманню певних результатів з найменшими затратами ресурсів, а також не стільки ресурсам та структурі, як наслідкам діяльності системи, зокрема досягненню конкретних результатів.

«Незважаючи на досягнення значного прогресу в протидії ВІЛ/СНІДу, в умовах трансформації усіх сфер життєдіяльності, економічної кризи та військового конфлікту на сході країни, ВІЛ-інфекція в Україні продовжує поширюватись. Головним негативним наслідком ВІЛ-інфекції/СНІДу є її вплив на демографічну ситуацію, що обумовлено високим рівнем смертності населення з причин пов'язаних з ВІЛ/СНІДом» [26, с. 57-58].

«За період 1987-2019 рр. серед громадян України зареєстровано 306 295 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 97 584 випадки захворювання на СНІД та 43 206 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом» (додаток А, Б) [7].

«Станом на 31.12.2019 р., у ЗОЗ служби СНТДу під медичним наглядом перебувало 136 965 ВТЛ-інфікованих громадян України, з них 41 524 хворих з діагнозом СНТД. Показник поширеності ВТЛ-інфекції становив 323,7 на 100 тис. населення та на 5,5% був вище інтенсивного показника за відповідний період минулого 2016 року (306,8). Показник поширеності СНТДу становив 98,1 на 100 тис. населення та зріс проти показника відповідного періоду минулого 2016 року (85,8) на 14,4%» [13].

«За даними сероепідеміологічного моніторингу перевищують середній показник по країні рівні захворюваності на ВТЛ-інфекцію Дніпропетровської, Київської, Кіровоградської, Миколаївської, Одеської, Херсонської, Чернігівської областей та м. Києва» [13].

«Зростання рівнів захворюваності на СНТД наприклад за 6 місяців 2019 р. проти відповідних показників за аналогічний період минулого року відбулось у 15 регіонах, найвищі темпи зростання зареєстровано у Вінницькій та Сумській областях (+126,2% та +109,4%, відповідно). Перевищують середній показник по Україні показники захворюваності на СНТД Дніпропетровської, Одеської, Миколаївської, Херсонської, Запорізької, Кіровоградської, Донецької областей» [13].

У структурі шляхів передачі ВТЛ-інфекції серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВТЛ-інфекції переважає статевий (гомо- та гетеросексуальний) шлях.

За один рік 2019 р. зареєстровано 1 496 випадків смерті від СНТДу (3,5 на 100 тис. нас.) проти 1 428 випадків (3,3 на 100 тис. нас.) за відповідний період минулого року. Темп зростання показника смертності від СНТДу склав 5,2%. Високі темпи приросту показника смертності від СНТДу зареєстровано у Сумській (101,7%), Київській (79,0%), Харківській (77,0%), Одеській (55,8%),

Закарпатській (50,1%), Івано-Франківській (45,7%) областях та м. Києві (55,6%).

У 10 регіонах країни за 2019 р. зареєстровано зниження рівнів захворюваності на СНІД, та найбільш суттєве зниження зареєстровано у Тернопільській та Чернівецькій областях (-41,3% та -44,3%, відповідно).

Лідерами по рівню захворюваності на ВІЛ-інфекцію залишаються Дніпропетровська, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Чернігівська області та м. Київ.

«Найвищі темпи зростання захворюваності на СНІД зареєстровані у Вінницькій та Сумській областях (+126,2% та +109,4%, відповідно). Високі показники захворюваності на СНІД зареєстровані в Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській, Херсонській, Запорізькій, Кіровоградській, Донецькій областях» [48].

За період 1994-2019 рр. в Кіровоградській області отримано 9640 позитивних результатів обстеження на ВІЛ за даними сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ, офіційно серед громадян України зареєстровано 2974 випадки ВІЛ-інфекції, у тому числі 640 випадків захворювання на СНІД, та 598 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Серед усіх виявлених і зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб за весь період спостереження 33,2% виявлено та офіційно зареєстровано.

За даними медичного обліку, станом на 01.01.2020 р., під наглядом у закладі охорони здоров'я в Кіровоградській області перебувало 136 945 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 323,7 на 100 тис. населення), у тому числі 41524 хворих на СНІД (показник 98,1 на 100 тис. населення).

«Аналіз каскадних даних (рис. 2.1) відображає послідовність наданих послуг у зв'язку з ВІЛ та поступове скорочення кількості осіб, які отримують такі послуги. Побудова каскаду дає змогу визначити обсяги скорочень кількості людей, які живуть з ВІЛ та привернути увагу до основних перешкод на шляху забезпечення універсального доступу до антиретровірусної терапії у

масштабах, необхідних для здійснення контролю за епідемією ВІЛ-інфекції» [14].

Крос-секційний каскад в Кіровоградській області показано на рис. 1, що відображає виконання профілактичних та лікувальних програм станом на 01.01.2020р., побудовано з урахуванням всіх дорослих та дітей, які перебувають під медичним наглядом у закладі охорони здоров'я служби СНІДу, ґрунтується на показниках моніторингу тестування, лікування, лабораторного супроводу та на оціночних, статистичних та розрахункових даних.



Рис. 2.1. Аналіз каскадних даних по Кіровоградській області на 01.01.2020 р.

При аналізі каскаду, необхідно звертати увагу на 2 ключові речі:

- 1) відсоток пацієнтів, які втрачаються на кожному етапі каскаду, у порівнянні з попереднім етапом, з подальшим аналізом причин їх вибуття;
- 2) відсоток пацієнтів від загальної кількості людей, які живуть з ВІЛ – вхідних даних каскаду, які мають невизначений рівень вірусного навантаження (пригнічення вірусного навантаження).

1. Оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ (4400 осіб) в області на початок 2020р. (усі вікові категорії). Оціночні дані отримано за допомогою програмного забезпечення Spectrum/EPP.

2. 2974 людей, які живуть з ВІЛ – кількість осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під медичним наглядом у закладі охорони

здоров'я служби СНІДу в області станом на 01.01.2020р. Для досягнення перших 90% стратегії Fast-track необхідно виявити та взяти під медичний нагляд ще 1492 людей, які живуть з ВІЛ.

3. 2468 людей, які живуть з ВІЛ (56% від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ) – активна диспансерна група, а саме кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які пройшли медичне обстеження не менше, ніж один раз у 2018 році.

4. 1726 людей, які живуть з ВІЛ (39% від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ) – кількість осіб, які отримують антиретровірусну терапію станом на 01.01.2020 р. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast-track до 2020 року необхідно залучити до антиретровірусної терапії ще 1838 людей, які живуть з ВІЛ.

5. 28% від оціночної кількості які живуть з ВІЛ – розрахункова кількість осіб, які отримували антиретровірусну терапію, та станом на 01.01.2020 р. досягли невизначуваного рівня вірусного навантаження ВІЛ. Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast-track необхідно, щоб до 2022 року ще у 1955 людей, які живуть з ВІЛ та отримують антиретровірусну терапію, рівень вірусного навантаження був невизначуваний.

«За статтю у 2019 році: чоловіків – 326 (57,6%), жінок – 239 (42,3%), проти 245 (56,8%) та 186 (43,1%) відповідно за 2018 рік» [186].

«Основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції за 2019 рік є статевий, який визначений у 367 ВІЛ – інфікованих осіб, що складає 64,9% від загальної кількості (табл. 2.1). Парентеральний шлях (через ін'єкційне введення наркотичних речовин) – у 119 осіб (21,0%), вертикальний шлях передачі – у 79 дітей (13,9%)» [18].

«Станом на 1 січня 2019 року в області на обліку перебуває 640 хворих на ВІЛ/СНІД, проти 490 за 2018 року. Відповідно до цих даних обласний показник поширеності ВІЛ/СНІДу за 2019 рік становить 58,8 на 100 тис. населення (за 2018 року – 50,5 на 100 тис. населення)» [34].

**Шляхи інфікування ВІЛ-інфекції**

По передбаченому шляху зараження	2016		2018		2019	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Статевий шлях:	303	58,3	267	61,9	367	64,9
у тому числі, гомосексуальний парентеральний шлях	-	-	3	0,6	1	0,1
від матері до дитини	98	18,8	75	17,4	119	21,0
не встановлено	118	22,9	88	20,4	78	13,8
	-	-	1	0,2	1	0,1
Всього:	519	100,0	431	100,0	565	100,0

«Протягом звітнього періоду зареєстровано 228 хворих на СНІД, показник захворюваності на СНІД склав – 23,7 на 100 тис. населення, за аналогічний період минулого року взято 162 хворих на СНІД, він становив – 16,7 на 100 тис. населення. З них інфікованих статевим шляхом 173 особи (75,8%), ін'єкційним – 55 (24,1%)» [34].

«За результатами сероепідмоніторингу 2019 року виявлено 618 ВІЛ позитивних осіб, загальний показник інфікованості склав 1,1%. Показник поширеності ВІЛ серед осіб з груп підвищеного ризику інфікування становить 4,9% за аналогічний період минулого року – 2,7%, ріст майже в 2 рази. Поширеність ВІЛ серед осіб у яких виявлені хвороби, що передаються статевим шляхом (код 104) залишилась на рівні минулого року» [34].

Пріоритетом державної політики у сфері протидії соціально небезпечним хворобам є забезпечення рівного доступу представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, а також загального населення до лікувальних та профілактичних послуг.

Організація медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД здійснюється відповідно до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2019 роки за участі державних

установ/закладів охорони здоров'я, громадськості та широкого кола міжнародних партнерів. Виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми забезпечують 37 центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, в т.ч. 24 обласних, Київський міський центр СНІДу, 12 міських центрів СНІДу в областях з високим рівнем поширення ВІЛ. В 9 регіональних центрах СНІДу (далі – РЦС) функціонують стаціонарні відділення із загальною кількістю ліжок 296 (рис. 2.2).

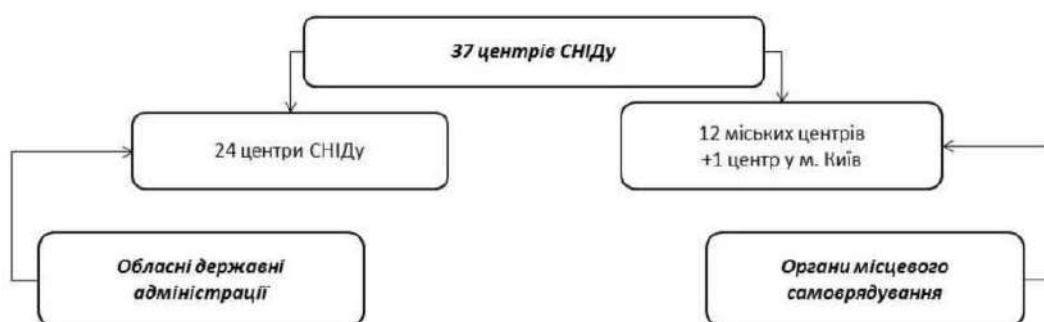


Рис. 2.2 Спеціалізована мережа суб'єктів протидії ВІЛ/СНІДу (державний сектор)

Як видно із рис. 2.2 медичні послуги у сфері протидії ВІЛ/СНІДу як інструмент державно-громадської взаємодії залишаються на даний час повністю під контролем держави як суб'єкта управління, навіть в умовах децентралізації управління спеціалізована мережа медико-профілактичних установ на рівні територіальних громад представлена значно меншою кількістю, що обмежує доступ пацієнтів до медичних послуг спеціалізованої мережі та потребує вирішення питання на користь потреб територіальної громади.

Для надання якісної і паліативної допомоги виділено 61 ліжко. Всі РЦС мають лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції. Важливою складовою діяльності РЦС є встановлення ВІЛ-інфікування, здійснення диспансерного нагляду за ЛЖВ та їх лікування з використанням АРТ.

З 2015 року по теперішній час центри СНТДу забезпечують доступ населення регіонів до інтегрованих послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, постконтактної профілактики, діагностики, профілактики та лікування опортуністичних інфекцій, АРВ-терапії, лабораторного моніторингу перебігу ВІЛ-інфекції та ефективності АРТ, діагностики і лікування ІПСШ, вірусних гепатитів В і С, консультування з питань планування сім'ї, соціального супроводу осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

## **2.2. Моніторинг та оцінка показників захворюваності ВІЛ/СНІДу**

Управління буде ефективним лише тоді, коли спиратиметься на ґрунтовну, всебічну доказову інформаційну базу. В останні роки фахівці у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу дедалі частіше використовують термін «стратегічна інформація».

Стратегічною інформацією у сфері ВІЛ/СНІДу є інформація, придатна для прийняття управлінських рішень, з'ясування глобальних питань у контексті планування заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, оцінки стану розвитку епідемії та ефективності впливу на неї.

«У сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу накопичено значний обсяг даних як на національному, так і на місцевому рівнях. Обробка цих даних для отримання необхідної інформації, забезпечення доступу до інформації всіх зацікавлених сторін, особливо управлінців, які приймають рішення, потребують дедалі більших технічних можливостей, знань, навичок та часу спеціалістів і формують запит на підвищення якості підготовки інформації» [3].



Рис. 2.3 Логічна модель Типу інформації щодо моніторингу та оцінки програми у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Тип інформації, необхідної для моніторингу та оцінки програми, проекту або втручання, найкраще описується за допомогою логічної моделі, яка показує послідовність внеску, процесу, результатів, наслідків та впливу в континуумі так званого «ланцюга результатів» (рис. 2.3).

Логіка необхідної стратегічної інформації узгоджується з показниками національної системи моніторингу та оцінки.

«Інформацію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу можна умовно поділити на шість основних компонентів, які відповідають глобальній структурі та рівням системи моніторингу та оцінки:

- оцінка та планування – аналіз ситуації, аналіз відповіді, потреб учасників, аналіз ресурсів, план співробітництва;
- внесок – нормативно-законодавча база, бюджет, матеріально-технічні ресурси;
- процес – будь-яка діяльність, спрямована на виконання поставлених завдань (кількість навчених фахівців, проведених заходів, виготовлених/розповсюджених матеріалів тощо);

- результат – спектр і якість послуг, які надаються з метою досягнення наслідків, та ступінь охоплення ними різних груп населення (кількість/відсоток охоплених);

- наслідки – зміни у знаннях, ставленні та поведінці, що впливають на здоров'я населення та поширення епідемії;

- вплив – значущі зміни у здоров'ї населення та економічній ситуації внаслідок ефективності заходів, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу» [4].

Стратегічну інформацію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу можна отримати з різних джерел (таблиця 2.2)

Таблиця 2.2

**Джерела та форми подання/поширення стратегічної інформації**

Джерела стратегічної інформації	Інформаційні ресурси (форма подання/поширення стратегічної інформації)
Епідеміологічний нагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом	Звітна документація організацій/установ
Програмний моніторинг, оцінка програм	Інформаційно-аналітичні видання
Науково-доказові дослідження, які ґрунтуються на фактичних даних	Аналітичні звіти
Експертні оцінки	Результати оцінок
Системи управління інформацією	Матеріали семінарів, конференцій, нарад
Рутинні інформаційні системи охорони здоров'я	Нормативно-правові акти
Статистика демографічних показників населення	Протоколи, стандарти, методичні рекомендації
	Електронні бази даних тощо

Епідеміологічний нагляд епіднагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом передбачає систему комплексної оцінки динаміки епідеміологічного процесу в просторі, часі та серед визначених груп населення з метою планування та своєчасного здійснення науково обґрунтованих профілактичних заходів з

протидії епідемії ВІЛ-інфекції, оцінки їх ефективності та розробки епідеміологічного прогнозу. Епіднагляд другого покоління є складовою національної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, забезпечує контроль за епідемією ВІЛ-інфекції.

«Метою епіднагляду є відстеження тенденцій змін у поширенні ВІЛ-інфекції та отримання інформації про потенційні поведінкові фактори, які зумовлюють поширення ВІЛ серед населення, а також використання цієї інформації для інформаційно-просвітницької діяльності, планування, моніторингу та оцінки ефективності профілактичних програм серед цільових груп» [62].

«Для планування ефективних заходів з профілактики та визначення стадії епідемії система епіднагляду другого покоління поєднує такі методи:

- біологічний епіднагляд за ВІЛ, ІПСШ (дозорний серологічний епіднагляд за цільовими групами населення; регулярний скринінг донорської крові; регулярний скринінг осіб з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ; скринінг зразків, отриманих під час спеціальних обстежень населення, тощо);

- моніторинг поведінки (регулярні наскрізні дослідження серед населення в цілому; регулярні наскрізні дослідження в цільових групах);

- інші джерела інформації (епіднагляд за зареєстрованими випадками ВІЛ-інфекції та СНІДу; реєстрація летальних випадків; епіднагляд за іншими хворобами, що мають високий рівень поширення серед хворих на ВІЛ-інфекцію, – туберкульозом, парентеральними вірусними гепатитами тощо)» [53].

Програмний моніторинг, оцінка програм. Програмний моніторинг – це відстеження ходу і результатів впровадження програм/проектів та їх порівняння з раніше розробленим планом заходів. Така інформація використовується для прийняття обґрунтованих рішень щодо подальшого розгортання та вдосконалення програми.

«Оцінка програми, яку здійснюють як безпосередні виконавці, так і зовнішні експерти, відображає результати впровадження програми (охоплення послугами, рівень розвитку потенціалу), поведінкові зміни чи загальний вплив на ситуацію (наприклад, зменшення рівня передачі ВІЛ). Так, у 2012 році проведено зовнішню оцінку виконання Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-201 роки в Україні . За результатами цієї оцінки було визначено досягнення та недоліки у відповіді на епідемію, проблемні аспекти, які потребують посиленних дій. Напрацьовані рекомендації враховано під час підготовки Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки, затвердженої Законом України від 20.10.2014 р. № 1708- П» [4].

«На місцевому рівні відповідальний виконавець програми (як правило, це управління/відділ охорони здоров'я місцевої держадміністрації) раз на рік готує:

- узагальнену інформацію про стан виконання програми (подається структурному підрозділу з економічних питань місцевого органу виконавчої влади). Інформація повинна містити дані про заплановані та фактичні обсяги і джерела фінансування програми, виконання результативних показників у динаміці з початку дії програми, пояснювальну записку про роботу співвиконавців програми щодо її виконання, у разі невиконання – обґрунтування його причин. Інформація використовується для аналізу ефективності виконання програми та надання пропозицій щодо доцільності продовження її фінансування та впровадження

- інформацію про хід виконання програми та ефективність реалізації її заходів (заслуховується на сесіях органу місцевого самоврядування, котрий встановлює строки та періодичність звітування і закріплює їх у своєму рішенні про затвердження програми)» [35].

Активний розвиток системи моніторингу та оцінки (МіО) у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні дав сьогодні можливість зібрати величезний

масив різноманітної інформації про перебіг епідемічного процесу на національному рівні та на рівні регіонів, про певні групи населення, їхню поведінку, потреби, обсяг наданих послуг, обсяг та структуру витрат на протидію епідемії тощо.

Моніторинг епідемії ВІЛ-інфекції та відповіді на епідемію забезпечує необхідну інформаційну базу для аналізу та прогнозу ситуації, формування стратегічних цілей, розробки пріоритетів та визначення показників МіО як на національному, так і на регіональному рівнях. Без цієї інформації вкрай важко забезпечити успіх управлінських рішень та ефективність заходів, спрямованих на профілактику інфікування ВІЛ серед загального населення та груп підвищеного ризику, лікування, догляд та підтримку людей, які живуть з ВІЛ [34].

«ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» забезпечує функціонування Української бази медико-статистичної інформації та Європейської бази даних статистичної інформації «Здоров'я для всіх». Бази містять потужний масив основних статистичних показників щодо охорони здоров'я регіонів України (українська база) та Європейських держав (ВООЗ «Здоров'я для всіх»), програмне забезпечення для представлення цих даних у зручній графічній формі (карти, діаграми, таблиці). Ці бази даних є корисними інструментами для проведення порівняльної оцінки, аналізу стану і тенденцій розвитку системи охорони здоров'я» [58, 60].

«Національний та регіональні центри МіО використовують також інші електронні інформаційні системи:

- *електронний інструмент моніторингу АРВ-препаратів*: призначений для поточного моніторингу руху та використання антиретровірусних препаратів; є основним елементом автоматизованої системи управління для відстеження обсягу запасів і споживання АРВ-препаратів; впроваджено на регіональному та національному рівнях;

- *моніторинг програм замісної підтримувальної терапії* здійснюється відповідно до визначених показників і розробленого програмного продукту у

всіх регіонах реалізації цих програм (в рамках реалізації 10-го раунду ГФ і за підтримки інших партнерів);

- система e-TV Manager- електронний реєстр хворих на туберкульоз: в одному інструменті, що ґрунтується на Web-технологіях, об'єднано всі дані (випадки захворювання, протитуберкульозні та інші медпрепарати), необхідні для впровадження на різних рівнях Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз, а також для надання необхідної інформації в режимі он-лайн, для прийняття термінових рішень та епідеміологічного контролю в ситуаціях, де потрібне втручання» [35].

Моніторинг та оцінку (МіО) нерідко розглядають як інструмент звітності, нагляду та контролю для пошуку недоліків у роботі. Таке сприйняття МіО заважає повноцінному розвитку цієї системи, цільовому використанню даних і налагодженню конструктивної взаємодії фахівців, експертів та осіб, які приймають рішення. Адже система МіО забезпечує розуміння не тільки тенденцій розвитку епідемічного процесу, але й рівня адекватності, достатності та ефективності заходів протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу, необхідності їх посилення та вдосконалення.

Повністю функціональна система МіО гарантує, що актуальна та якісна інформація доступна в потрібний час, у потрібному місці і в потрібному форматі для використання в управлінні заходами з профілактики, догляду, лікування та підтримки.

В Україні система моніторингу та оцінки відповіді на епідемію надає стратегічну інформацію для аналізу досягнення поставлених цілей та прийняття рішень на регіональному та національному рівнях.

Моніторинг та оцінка проводяться шляхом формування єдиного переліку їх показників, розроблення методів збирання і обробки таких показників, проведення аналізу необхідних даних і використання результатів моніторингу та оцінки для прийняття управлінських рішень.

Важливим є те, що ключові показники системи МіО затверджено офіційними документами.

Найбільш комплексним документом зі стратегічної інформації у сфері протидії ВІЛ-інфекції/ СНІДу є План моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки (затверджено наказом Держслужби України соцзахворювань від 15.01.2015 р. № 2), план містить показники МіО (табл. 2.4), методологію їх збору та розрахунку. Зміст і числові значення цих показників є наочним прикладом стратегічної інформації, яка завдяки регулярному збору фіксує динаміку змін показників щодо профілактики, лікування, догляду та підтримки на національному, регіональному рівнях, а також дозволяє порівняти ці дані між регіонами.

Регіональні показники МіО формуються на підставі національних показників і затверджуються місцевими органами виконавчої влади. Вони відображають стан виконання завдань і заходів регіональних цільових соціальних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, надають узагальнену картину відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції.

Перелік регіональних показників містить (додаток В):

- обов'язкові показники, включені до Плану моніторингу та оцінки ефективності;
  - спеціальні показники, які відображають особливості регіону під час визначення результатів, наслідків та впливу реалізації регіональних програм.
- Перелік показників МіО ефективності Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки.

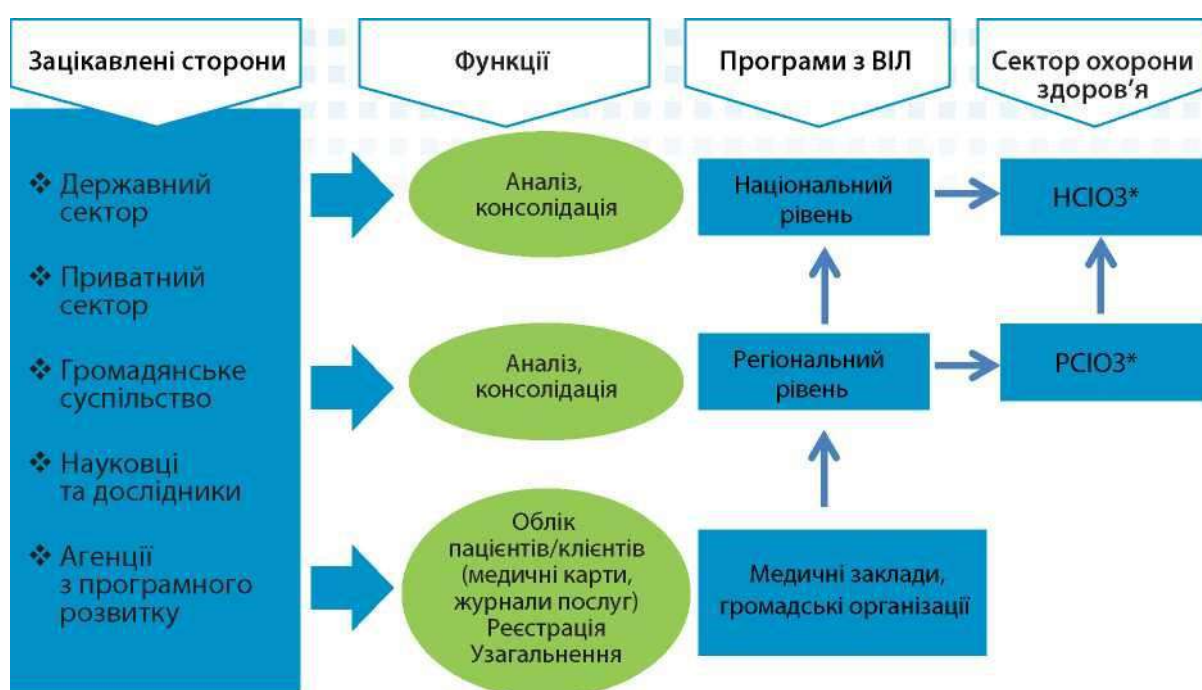
Забезпечення ефективного потоку даних:

- для забезпечення ефективного потоку даних важливо визначити, яка інформація збирається та використовується на кожному рівні системи МіО і як вона передається на наступний рівень. Необхідно забезпечити верифікацію, наступність і взаємодоповнюваність інформації на всіх рівнях для уникнення дублювання. На рис. 2.4 наведено основні компоненти ефективних інформаційних потоків у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

- дані для МіО надають різні джерела та партнери, координацію

здійснює система охорони здоров'я. Порядок обміну даними та звітності визначається та узгоджується всіма зацікавленими сторонами і закріплюється у плані МіО.

- передумови ефективного потоку даних включають, зокрема, узгоджений перелік обов'язкових показників (з розподілом даних за статтю та віком), які збирають відповідні партнери на кожному рівні; узгоджені звітні періоди й терміни подання звітності; взаємодію та організаційно-технічну узгодженість інформаційних систем.



\*НСІОЗ/РСІОЗ - національна/регіональні системи інформації у сфері охорони здоров'я

Рис. 2.4. Основні компоненти ефективного руху даних у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Оскільки одним з основних завдань регіональних центрів МіО є збір та аналіз інформації за регіональними показниками, ці центри є ключовою організаційною структурою, яка забезпечує організацію ефективних потоків даних, формує та розповсюджує стратегічну інформацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні.

### 2.3. Підвищення рівня знань та навичок фахівців щодо зменшення захворюваності ВІЛ/СНІДу в Україні

Основною метою Плану з підвищення ефективності використання інформації у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом, а також підвищення рівня знань та навичок фахівців є оптимізація діяльності з використання стратегічної інформації, плануванні програм та заходів для забезпечення ефективній протидії епідемії ВІЛ-інфекції.

Під планом використання передбачено комплекс заходів, спрямованих на забезпечення доступних якісних даних для здійснення раціонального планування ресурсів та прийняття керівних обґрунтованих рішень у сфері ВІЛ/СНІДу. Згідно рекомендацій ВООЗ, з метою оптимізації програм і максимального підвищення їх ефективності виконує три завдання (рис. 2.5).

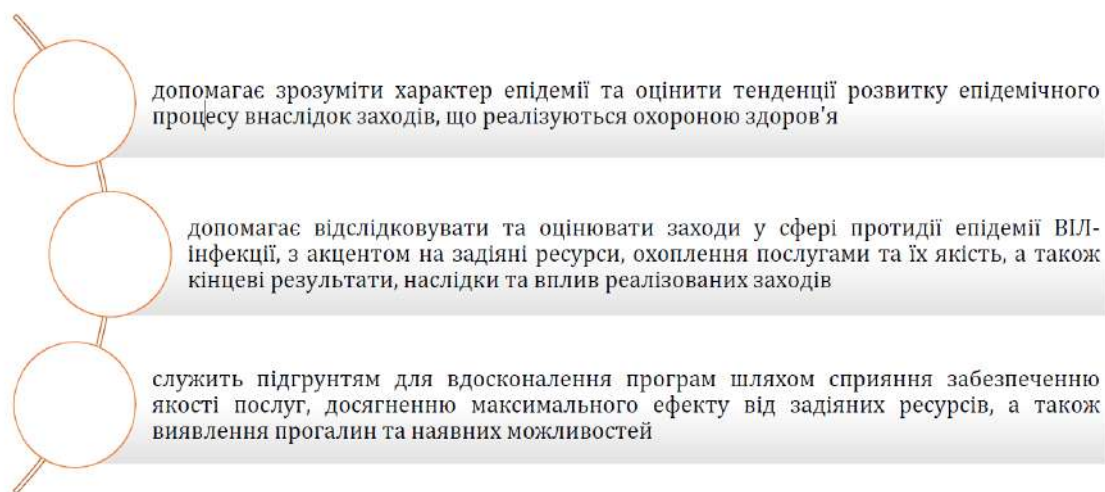


Рис. 2.5 Основні завдання з підвищення ефективності використання інформації у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом

Цільова аудиторія – фахівці національного та регіонального рівнів, задіяні у системі МіО у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції, спеціалісти іншого профілю, представники громадських та міжнародних партнерських організацій,

які зацікавлені у створенні та використанні стратегічної інформації у сфері ВІЛ/СНІДу.

Для забезпечення досягнення мети Плану з використання інформації в Україні передбачене виконання наступних завдань:

- визначення пріоритетних напрямків для підтримки критично важливих складових епідеміологічного нагляду, заповнення прогалин в даних, підвищення потенціалу та скорочення дублювання;

- покращення ідентифікації поточних драйверів, що впливають на основні показники епідемічного процесу (захворюваність, смертність, інші) для розробки та оптимізації цільових заходів і стратегій;

- створення підґрунтя для більш ефективної інтеграції та використання даних для оцінки заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції та їх впливу на епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції;

- створення єдиної програми результатів імплементаційних, операційних, інших досліджень, яка охоплює інформацію за різними послугами у зв'язку з ВІЛ, та посилює інтеграцію профілактичних та лікувальних послуг для людей, які живуть з ВІЛ;

- удосконалення математичних моделей, впровадження підходів до економічного аналізу для вивчення найкращих заходів з протидії ВІЛ/СНІДу;

- розробка комплексних планів внутрішніх і зовнішніх комунікацій та створення основи зовнішнього партнерства у сфері стратегічної інформації з ВІЛ/СНІДу.

- напрацювання рекомендацій щодо формування підходів до стандартизації та дизайну інформації для покращення програм з протидії ВІЛ/СНІДу як ключових елементів у зниженні рівнів захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, в умовах реформування охорони здоров'я.

«На регіональному рівні найбільш якісними джерелами для формування інформації є звіти про стан виконання попередніх програм, бюлетені регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, аналітичні звіти за

результатами досліджень, інші доступні аналітичні звіти. Також для формування цілей та завдань діяльності доцільно використовувати Загальнодержавну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» [53].

Організаційні завдання [20]:

- «удосконалення механізмів міжвідомчої і міжсекторальної координації виконання заходів з протидії ВІЛ-інфекції;

- забезпечення сталості і життєздатності програм і заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- удосконалення законодавчої та нормативної бази у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- зміцнення кадрового потенціалу і матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, які надають допомогу людям, які живуть з ВІЛ.

Розвиток системи моніторингу і оцінки ефективності заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції, що проводяться на національному та регіональному рівнях:

- проведення наукових досліджень у медико-біологічній та соціоекономічній сферах;

- підготовка фахівців різних галузей з актуальних питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ» [20].

Профілактичні завдання:

- розробка, виготовлення та розповсюдження соціальної реклами, просвітницьких програм з формування здорового способу життя у населення;

- навчання школярів та студентської молоді у навчальних закладах усіх форм власності за програмами профілактики ВІЛ-інфекції та формування здорового способу життя на основі життєвих навичок;

Розширення охоплення програмами профілактики ВІЛ-інфекції представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та їхніх

статевих партнерів, а також ув'язнених, дітей із сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, безпритульних та бездоглядних дітей та які не отримують належного батьківського піклування:

- «розширення інтегрованого підходу до надання медико-соціальних послуг ВІЛ-інфікованим споживачам ін'єкційних наркотиків (у тому числі вагітним жінкам), забезпечення децентралізації цих послуг через мережу центрів профілактики та боротьби зі СНІДом та кабінетів «Довіра» з метою підвищення їх доступності на місцевому рівні;

- забезпечення доступу та охоплення вагітних жінок до послуг з консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини;

- забезпечення профілактики інфікування ВІЛ на робочому місці, передусім для медичних працівників;

- надання медикаментозної постконтактної профілактики ВІЛ-інфікування (ПКП) особам з можливим ризиком інфікування ВІЛ;

- забезпечення вільного доступу населення до безоплатного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;

- профілактика захворюваності на вірусні гепатити В і С, інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСС), для представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та ВІЛ-інфікованих осіб.

Лабораторна діагностика, забезпечення якості досліджень:

- удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері ВІЛ/СНІДу;

- забезпечення лабораторного супроводу лікування хворих на ВІЛ-інфекцію, формування прихильності до АРТ;

- забезпечення проведення лабораторних досліджень та діагностики ВІЛ-інфекції гарантованої якості;

- запобігання розвитку штамів ВІЛ, резистентних до антиретровірусних препаратів;

- забезпечення доступу до безперервної антиретровірусної терапії для хворих на ВІЛ-інфекцію, які цього потребують;
- забезпечення доступу ЛЖВ та членів їхніх сімей до програм з догляду та підтримки» [53].

На кожному етапі використання інформації підвищення рівня знань та навичок фахівців щодо зменшення захворюваності ВІЛ/СНІДу для прийняття рішень (рис. 2.6) беруть участь фахівці даного напрямку роботи, від яких очікуються такі знання та навички:



Рис. 2.6. Застосування знань та навичок фахівців для формування оптимальних рішень

- зібрати та опрацювати дані, необхідні для підготовки стратегічної інформації;
- виробити стратегічну інформацію, необхідну для різнобічного розуміння виявленої проблеми та подальшого відстеження ходу її розв'язання,

забезпечити підготовку в доступній та зрозумілій формі інформаційних матеріалів про проблему;

- проаналізувати в межах своєї компетенції отриману інформацію та розробити альтернативні варіанти рішень проблеми;

- надати достатній обсяг додаткової аналітичної інформації для формування можливостей у фахівців та осіб, які приймають рішення, виробити найкраще оптимальне рішення.

Тільки взаємодія осіб, які приймають рішення, фахівців та зацікавлених сторін у прийнятті рішень на основі даних, що базуються на доказах, забезпечує належний рівень реагування на динаміку епідемії ВІЛ-інфекції за всіма компонентами: профілактики, лікування, догляду та підтримки.

## РОЗДІЛ 3

# ОБГРУНТУВАННЯ НАПРЯМІВ УДОСКОНАЛЕННЯ ПОДОЛАННЯ НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ СИНДРОМУ НАБУТОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ НА СТАН ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 3.1. Роль громадських організацій в державному регулюванні з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні

В Україні навіть профілактичні заходи є малоефективними про що говорять темпи поширення ВІЛ-інфекції в країні. Тому важливою задачею є підвищення ефективності протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Для цього необхідно використовувати та впроваджувати достовірні наукові дані і перевірені програмні моделі для охоплення і впливу на ВІЛ-інфікованих осіб та осіб з високим ризиком ВІЛ-інфікування.

«З метою подальшого розвитку концептуальних підходів до створення функціонально-організаційної моделі інтеграції медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД на первинний рівень охорони здоров'я України із залученням громадських організацій до надання цієї допомоги, нами було використано дані, отримані в ході роботи міжсекторальної експертної групи, яка складалась із 50 незалежних експертів, з питань встановлення переліку профілактичних та лікувально-організаційних заходів з протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції» [40].

«Механізм нормативно-правового регулювання питання надання допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги та механізми координації діяльності спеціалізованих закладів охорони здоров'я та ПМСД з питань ВІЛ/СНІДу однозначно потребують доопрацювання. Оскільки, ми пропонуємо включити в надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги ще й громадські організації як

допоміжний компонент, то, відповідно, необхідно ці питання також врегулювати на законодавчому рівні, щоб такий рівень взаємодії був не умовний, теоретичного характеру, а ніс практичне та легітимне значення» [64].

Можлива наявність ризиків інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги.

«Для подолання таких ризиків ми пропонуємо долучати громадські організації через проведення просвітницької роботи, різноманітних акцій районного та місцевого рівня, залучити громадські організації та експертів міжнародного рівня для удосконалення нормативно – правової бази, скористатися досвідом міжнародних організацій та проектів, що мають практичний та успішний досвід підготовки медичних працівників з питань надання медичних послуг ВІЛ – інфікованим із залученням спеціалістів громадських організацій, які мають досвід у проведенні навчання медиків для демонстрації свої досягнень у наданні соціальних послуг вище згаданих категорії населення. Такий вид навчання дасть можливість не тільки розширити знання медичних працівників первинної ланки, але й зменшить стигматизацію по відношенню до ВІЛ – інфікованих та буде мотивацією до залучення представників громадських організацій до успішної взаємодії» [26].

Ключовою ідеєю в досягненні поставленої мети стало послідовне рішення пріоритетної проблеми підвищення ефективності діяльності щодо зменшення темпів розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІД в Україні та підвищення доступності та якості медичної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД при залученні до даного процесу лікарів загальної практики-сімейних лікарів та громадських організацій шляхом безперервного комплексного інформування населення про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування ВІЛ, формування мотивованого відповідального ставлення до свого здоров'я, формування поведінки, що запобігає передачі ВІЛ-інфекції з урахуванням особистих факторів ризику; місця і можливостей отримання діагностичної та лікувальної допомоги; основам безпечного догляду за тяжкохворими; методів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини та

забезпечення репродуктивного права дискордантним парам народити здорову дитину тощо.

Крім того передбачено створення дієвої та доступної (фізично та економічно) системи отримання послуг з ВІЛ/СНІДу. Такі заходи передбачають розподілення заходів та повноважень між громадськими організаціями та медичними представниками, задля більшого охоплення населення та зменшення навантаження для медиків за рахунок представників громадських організацій. Це дасть змогу в подальшому налагодити ефективну роботу із загальним населенням (а не тільки групами ризику) та знизить рівень стигми та дискримінації по відношенню до ВІЛ-позитивних людей. Окрім того, оскільки на сьогодні фінансування громадських організацій здійснюється в основному за рахунок міжнародних організацій, то для держави економічно вигідна така форма державно-громадської взаємодії.

«Метою запропонованих заходів є попередження ВІЛ-інфікування через прийняття населенням мотивованої безпечної поведінки. При цьому центральним елементом в діяльності сімейних лікарів та громадських організацій є сім'я. Запропонована модель передбачає комунікативні заходи індивідуального та групового характеру, які проводить соціальний працівник, психолог громадської організації за підтримки та участі лікарів загальної практики-сімейні лікарі в залежності від категорії цільової групи, навантаження на лікаря та можливостей громадських організацій та амбулаторій. Цільові групи впливу розділені на здорових, групи ризику ВІЛ-інфікування, ВІЛ-інфікованих та членів їх сімей, осіб, що є волонтерами в боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД тощо. При цьому передбачено застосування різних форм та засобів суспільних комунікацій з названої проблеми» [27].

Враховуючи досвід громадських організацій із проведення профілактичної роботи з представниками груп ризику та налагодженому контакту, це дасть змогу лікарям зосередитись на суто медичних проблемах, а маючи контакт з важкодоступними для медиків групами ризику, як то споживачі ін'єкційних наркотиків, чоловіки, які практикують сексуальні

стосунки з чоловіками чи особи секс бізнесу попередити інфікування та розповсюдження ВІЛ, раннє виявлення опортуністичних захворювань та доведення їх до диспансерного обліку.

Встановлено, що в загальному виді проблеми, які необхідно вирішити в ході інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги із залученням громадських організацій полягають в наступному [50]:

«1) законодавчо визначити передачу медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ на первинний рівень надання медичної допомоги при цьому: запровадити механізм передачі даних при випадки ВІЛ-інфікування лікарям загальної практики – сімейним лікарям; визначитися з оплатою праці медичних працівників первинної ланки за надання медичної допомоги люди, які живуть з ВІЛ; внести зміни в таблицю оснащення сімейних амбулаторій, доповнивши їх засобами медичного характеру необхідними для надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, обстеження населення за їх бажанням та засобами індивідуального захисту, прописати законодавчий механізм інтеграції послуг громадських організацій в рамки надання послуг ЛЖВ на рівні первинної медичної допомоги;

2) провести розрахунки необхідних обсягів фінансування первинної ланки за адміністративними територіями та регіонами та наявності громадських організацій, які будуть залежати від рівня поширення ВІЛ-інфекції та визначитися з джерелами фінансування;

3) розробити та запровадити систему до дипломної підготовки лікарів загальної практики, сімейних лікарів та сімейних медичних сестер для чого необхідно підготувати до такої навчальної роботи викладачів ВМНЗ та представників громадських організацій, що працюють на теренах України; підготовка навчально-методичного забезпечення;

4) запровадити систему короткотермінової підготовки працюючих лікарів загальної практики, сімейних лікарів та сімейних медичних сестер з питань надання медичної, соціальної, психологічної допомоги з ВІЛ/СНІДу на

первинному рівні та особливості державно – громадської співпраці через тренінгові центри. Для цього необхідно підготувати національних та регіональних тренерів;

5) дооснастити сімейні амбулаторії необхідним обладнанням та засобами медичного призначення, приміщенням та оснащенням для роботи представника громадської організації в конкретному закладі, що в наступному здійснювати постійно;

б) розробити комунікаційні програми з населенням в залежності від цільових груп комунікаційного впливу; постійно здійснювати комунікації на всіх рівнях управління; забезпечити медичних працівників первинної ланки та громадські організації методичними та інформаційними матеріалами».

Ключовою ідеєю в досягненні поставленої мети стало послідовне рішення пріоритетної проблеми підвищення ефективності діяльності щодо зменшення темпів розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІД в Україні та підвищення доступності та якості медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД при залученні до даного процесу лікарів загальної практики-сімейних лікарів (лікарів загальної практики) та громадських організацій шляхом підвищення рівня їх інформування за даною проблемою.

Дослідження регіональних особливостей реалізації механізмів державного регулювання щодо попередження соціально небезпечних захворювань, співпраці державних, міжнародних та неурядових організацій довели їх суттєвий вплив на стан громадського здоров'я, є актуальним та перспективним завданням. Необхідно посилити зусилля щодо пошуку додаткових механізмів зазначеної співпраці, зокрема, стосовно проблеми наркоманії, людей, що опинились у складних життєвих обставинах, тощо. Врахування регіональних особливостей зазначеної співпраці при реалізації політики у сфері охорони здоров'я в контексті проблеми попередження соціально небезпечних захворювань буде сприяти покращенню стану громадського здоров'я та соціально-економічному розвитку регіону.

### 3.2. Взаємодія держави з населенням у сфері протидії ВІЛ/СНІДу

«Стабільність і розвиток демократичної держави є неможливими без організації ефективної взаємодії між органами державної влади та інститутами громадянського суспільства. Саме участь громадян в управлінських процесах на всіх рівнях, починаючи від місцевого і до загальнодержавного, та на всіх етапах підготовки, прийняття і реалізації управлінських рішень дозволяє підвищити ефективність здійснення владних функцій в цілому. Отже, визначення механізмів взаємодії органів влади та громадськості, шляхів їх вдосконалення та впливу на демократичні процеси в Україні є актуальною проблемою сучасної науки державного управління» [45].

Проблеми протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні давно вийшли за межі медичної галузі та стали об'єктом державно-управлінської практики. Основою національної політики боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу та міжсекторального підходу до вирішення проблем, пов'язаних з її наслідками, є нормативно-правова база у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні.

«Початком створення нормативно-правової бази у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні можна вважати 1987 рік, коли було розпочато офіційну реєстрацію випадків ВІЛ-інфекції в Україні. В основі законодавства про у цій сфері передусім лежить Конституція України, адже проголошує рівність конституційних прав і свобод громадян України та недопустимість привілеїв чи обмежень, в тому числі за ознаками статі (ст. 24). У статті 49 Конституції України проголошене право на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та закріплено обов'язок держави створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування» [39].

Розвиток більшості національних європейських структурно-функціональної моделей державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу (рис. 3.1) найчастіше відбувається в напрямі послаблення

державних функцій, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління у протидії поширенню ВІЛ/СНІДу.



Рис. 3.1. Основні риси модернізації моделей державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу

*Джерело: складено авторами на основі [32]*

Незважаючи на розширення масштабів програм протидії ВІЛ/СНІДу в Україні – ці програми, в переважній більшості, зосереджені на національному, обласному та міському (у великих містах) рівнях.

Основна мета децентралізації полягає в забезпеченні загального доступу до послуг з догляду та підтримки, лікування ВІЛ-інфекції та опортуністичних інфекцій (ОІ) шляхом використання наявних ресурсів з метою забезпечення сталості програм. Впровадження децентралізації дозволяє забезпечувати безперервність послуг, отримувати послуги у найближчому до клієнта закладі. Крім того, впровадження такої моделі сприятиме:

- активному залученню місцевих громад та спільноти людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), до процесу прийняття управлінських рішень (планування надання

послуг, закупівля та розподіл препаратів, координація діяльності неурядових організацій тощо);

- мінімізації стигми та дискримінації до ЛЖВ у суспільстві;
- підвищенню рівня прихильності пацієнтів до антиретровірусної терапії (через зручність та комфортність отримання послуг, які надаються);
- раціональному використанню наявних ресурсів (матеріальні, кадрові, управлінські та ін.) для швидшого розширення послуг на всіх рівнях надання послуг.

«У сфері протидії ВІЛ/СНІДу децентралізація – це передача (делегування) значної кількості повноважень і ресурсів на нижчі рівні (обласні, районні, міські). В результаті цього процесу кожен рівень надання медичних та немедичних послуг здатний самостійно визначити діапазон та обсяг необхідних втручань та послуг. При цьому, регіональні установи можуть за необхідності нарощувати нові та специфічні для того чи іншого регіону послуги, розширяти їх спектр, контролювати і оцінювати їх, виявляти проблеми і вирішувати їх. При цьому – в більшій мірі можна уникнути бюрократичних затримок централізованої системи» [28, с. 7].

«Так, спільна відповідальність суб'єктів державно-громадської співпраці в досліджуваній сфері, що набувається у процесі децентралізації, дає можливість забезпечити відповідне виконання заходів протидії ВІЛ/СНІДу на належному рівні та якісне надання послуг на різних рівнях. При цьому питання надання загальних (основних) послуг для ЛЖВ стосуються більш низьких рівнів, тоді як складні випадки лікування (у т.ч. опортуністичні інфекції), ускладнення, пов'язані із отриманням антиретровірусної терапії (АРТ), надаються на більш високих рівнях – на базі обласних або національних закладів системи охорони здоров'я» [28, с. 8].

«Наказом МОЗ України від 25.02.2008 р. №102 «Про функціонування кабінетів «Довіра» (zareєстровано Міністерством юстиції за №220/14911 від 19.03.2008 р.)» [63], що підтверджено відповідними наказами регіональних управлінь охорони здоров'я передбачено створення регіональних груп з оцінки

якості медичної допомоги з ВІЛ/СНІД. На перехідний період дані групи мають особливу роль в процесі децентралізації послуг».

Основними обов'язками таких груп являється:

- налагодження співпраці між різними службами охорони здоров'я та іншими державними та недержавними організаціями;
- розробка плану з децентралізації послуг для представників груп ризику;
- здійснення оцінки якості надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам, хворим на туберкульоз та інші соціально-небезпечні хвороби на районному/міському рівні;
- організація та проведення семінарів/тренінгів для медичних фахівців районного/міського рівнів;
- контроль відповідності проведення лікування діючим клінічним протоколам, рекомендаціям ВООЗ та МОЗ України.

«Але на жаль, до складу таких груп не включені організатори охорони здоров'я загальної мережі охорони здоров'я, представники первинної ланки надання медичної допомоги – сектору в охороні здоров'я, куди передбачається інтегрувати (децентралізувати) медичну допомогу з ВІЛ та громадські організації, які могли б бути ключовими партнерами для надання соціальних послуг для ВІЛ-інфікованих» [50].

На нашу думку, напрями державно-громадської взаємодії показали свою недосконалість у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції. На сьогодні виникає потреба у їх реформуванні та удосконаленні. Для удосконалення структурно-функціональної моделі державно-громадської взаємодії у протидії ВІЛ/СНІДу необхідно здійснити наступні кроки.

«Крок 1. Провести необхідний збір та ознайомлення з інформацією щодо можливості та необхідності децентралізації/інтеграції або розвитку медичних та немедичних послуг на певній території. Це може включати, але не обмежуватись наступним:

- стратегічні плани Міністерства охорони здоров'я України (Концепції надання медичної допомоги, Концепції управління якістю медичної допомоги

тощо), національні стратегічні документи, пов'язані з відповіддю держави на протидію епідемії ВІЛ-інфекції (Національні стратегії лікування, діючі протоколи та стандарти надання відповідної допомоги);

- демографічні показники та загальні показники здоров'я населення регіону (слід звернути увагу на кількість обслуговуваного населення, його віковий склад та структуру захворюваності населення);

- епідеміологічні тенденції поширеності ВІЛ, захворюваності на ВІЛ-інфекції, смертності від захворювань, обумовлених ВІЛ, у регіоні;

- встановлювані показники та цілі щодо охорони здоров'я, включаючи цілі забезпечення загального доступу до послуг, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією (цільові значення показників щодо набору пацієнтів на АРТ, надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, плани щодо розширення ЗПТ);

- дані щодо наявної мережі медичних закладів та неурядових організацій у регіоні (наявні лікувально-профілактичні заклади, лабораторні підрозділи, наявний кадровий потенціал тощо);

- перелік зацікавлених сторін та їх можливі інтереси у децентралізації та розширенні послуг. Це надасть можливість знати, як і коли краще всього залучати зацікавлені сторони у вирішення проблем, які можуть виникати;

- можливості та ризики, що можуть вплинути на розширення послуг, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією.

Крок 2. Суб'єкти державно-громадської взаємодії у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу мають чітко визначити місцеві пріоритети та напрями децентралізації/інтеграції або розвитку надання послуг на певній території.

Основний акцент на цьому етапі треба зробити на наступному:

- визначення доцільності децентралізації як основного шляху забезпечення загального доступу до послуг, пов'язаних з ВІЛ (можливість досягнення цільових значень показників щодо набору пацієнтів на АРТ, надання послуг з профілактики ВІЛ-інфекції, плани, щодо розширення ЗПТ тощо);

- визначення ключових пріоритетів та критичних проблем, які можуть стати на заваді розгортання послуг. Також, необхідною є розробка стратегії їх подолання.

Крок 3. Суб'єкти державно-громадської взаємодії у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу мають мобілізувати місцеве керівництво з питань охорони здоров'я та надати вмотивоване підґрунтя, щоб зацікавити інші сторони та виконавців у досягненні спільної мети. Для цього рекомендується розробити конкретні регіональні плани дій. Під час складання таких планів слід керуватися методологією SWOT та SMART.

Процес опрацювання стратегії, а також її подальша деталізація у вигляді стратегічних та операційних планів мають відбуватись лише після проведення попереднього стратегічного аналізу, що охоплював би найважливіші зовнішні та внутрішні елементи. Основними інструментами, що необхідні для проведення стратегічного аналізу, є передусім SWOT-аналіз, що представляє собою стратегічний баланс.

Крок 4. Суб'єкти державно-громадської взаємодії у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу мають розробити річний план роботи (у співпраці із зацікавленими сторонами), що враховує всі наявні ресурси. Також, доцільним є розроблення плану розвитку кадрового потенціалу.

Загальні питання підготовки людських ресурсів можуть бути досягнуті шляхом наставництва або регулярного відвідування підлеглих (нижніх) установ досвідченими працівниками. Значну роль в цьому питанні відіграє добре налагоджена система аудиту, яка дозволяє проводити експрес-оцінку якості надання допомоги на рівні сайтів, або виявляти певні прогалини у знаннях та практиках працівників.

Крок 5. Стимулювання. Однією з найважливіших функцій суб'єктів державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є впровадження чітких процедур стимулювання працівників. Це може бути досягнуто за рахунок:

- цільової підготовки лікарів за кошти місцевих бюджетів на додипломному етапі для закладів охорони здоров'я;
- впровадження матеріальних стимулів;
- цільової підготовки лікарів за кошти районного бюджету на додипломному етапі для сільських амбулаторій та лікарень;
- відшкодування витрат на проїзд у місцевому автотранспорті у зв'язку з виконанням обов'язків тощо.

Крок 6. Впровадити ефективну систему моніторингу та оцінки, ефективні канали зворотного зв'язку з працівниками охорони здоров'я, соціальними працівниками, представниками громадянського суспільства.

Створити механізми для інформаційного зворотного зв'язку на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Основними компонентами цього процесу є такі складові:

- впровадження системи аудиту та наставницьких/моніторингових візитів до установ нижчого рівня з надання організаційно-методичної допомоги, вирішення поточних питань управління;
- впровадження системи періодичного опитування користувачів послуг з метою виявлення ключових прогалин у наданні допомоги» [20].

Зазначимо, що базовими принципами інтегрованої допомоги, передусім, є комплексність надання послуг, максимально зосереджених в одному місці; територіальна зручність для пацієнтів, урахування гендерної специфічності. Спектр цих послуг може бути різним, але в будь-якому випадку він повинен охоплювати проблеми, пов'язані з ВІЛ/СНІДом, наркотичною залежністю та іншими соціально небезпечними хворобами. Орієнтація на потреби пацієнтів і гнучкість переліку пропонованих послуг залежно від зміни цих потреб також є важливим чинником стратегії.

«Інформаційне забезпечення державно-громадської взаємодії у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу здійснюється на двох рівнях» [49]:

«1. Внутрішній комунікаційний рівень. На цьому рівні відбувається формування комунікативного середовища між усіма суб'єктами державно-

громадської співпраці та відбувається їх взаємоузгодженість. Даний рівень охоплює всіх партнерів співпраці: державні органи влади, органи місцевого самоврядування, інституції громадянського суспільства, заклади системи охорони здоров'я, дорадчі органи при органах влади, міжнародні організації, які працюють у досліджуваній сфері.

2. Зовнішній рівень передбачає налагодження співпраці з мас-медіа як з найбільш дієвим інструментом формування громадської думки, інформаційну роботу з населенням загалом та цільовими групами зокрема.

Основні вектори переходу від моделі, що склалась, до перспективної:

- від стаціонарної допомоги до амбулаторної;
- від спеціалізованої допомоги до загальної;
- від об'єму медичних послуг до їх якості;
- від зростання кількості лікарів до якості їх роботи;
- від лікування захворювань до їх профілактики» [49].

Таким чином, на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість медичної допомоги вважається основною цільовою функцією і водночас критерієм діяльності системи охорони здоров'я від нижньої її ланки – лікувально-профілактичного закладу, до верхньої – Міністерства охорони здоров'я України. Забезпечення якості при наданні медичної допомоги у більшості країн розглядається як основа національної політики у сфері охорони здоров'я. В багатьох країнах прийняті і діють програми забезпечення якості медичної допомоги.

Ефективність і чіткість функціонування всіх ланок державно-громадської співпраці у сфері протидії ВІЛ/СНІДу можливі тільки при узгодженій їх взаємодії. Тому керівні органи охорони здоров'я державного і територіального рівнів, лікарські асоціації, учбові заклади, медичні заклади, сервісні організації повинні керуватися єдиною стратегією та концептуальними підходами до поліпшення якості надання послуг на всіх рівнях.

### **3.3. Використання міжнародного досвіду щодо децентралізації заходів із запобігання ВІЛ/СНІДу в Україні**

«Міжнародний досвід організації державних заходів щодо запобігання розвитку соціально небезпечних хвороб підтверджує існування різноманітних підходів щодо механізму державного впливу на цю проблему, через що в деяких країнах (наприклад, Литва, Польща, Естонія) сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення поділена між органами виконавчої влади, які безпосередньо і не належать до медичної галузі (охорони здоров'я), а є керованою іншими відомствами. наприклад, у сфері соціального захисту, охорони праці, охорони природи, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, внутрішніх справ тощо. При цьому, галузеве державне управління у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, ВІЛ/СНІДу та інших соціально небезпечних інфекційних хвороб продовжує здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання» [4].

Саме завдяки використанню співпраці держави та громадськості у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу можна суттєво стабілізувати епідемію цієї хвороби та знизити темпи поширення як захворюваності, так і рівня смертності.

Формування інтегрованої системи взаємодії держави та громадськості має стати однією з найважливіших цілей державної влади у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом. Очікуваним результатом такої взаємодії має стати покращення епідемічної ситуації та посилення державного та громадського контролю у даній сфері.

У 2005 р. на Світовому саміті Україна приєдналася до ініціативи наближення до Універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки. Головною метою було визначено максимальне наближення до універсального доступу для всіх, хто цього потребував до 2010 р.

«У 2006-2007 рр. в Україні було вперше розроблено «Дорожню карту» цілей Універсального доступу, в якій викладено ключові цілі та завдання щодо розширення універсального доступу та визначено поняття «мінімальний пакет послуг» та показники охоплення цими послугами» [22].

«Згідно з «Дорожньою картою» універсальний доступ до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу означає безперервну систему послуг, яка заснована на потребах клієнта, що можуть змінюватися, а також індивідуальному підході, зорієнтованому на клієнта. Для забезпечення універсального доступу профілактичні програми мають бути доступними, гарантувати рівність у доступі до послуг, забезпечувати якість надання послуг тощо. Догляд визначається в «Дорожній карті» як комплекс послуг, спрямованих на покращення фізичного стану та якості життя людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, що передбачає безперервність, інтенсивність, індивідуальність надання допомоги (патронаж, медична допомога тощо). Підтримка трактується як комплекс послуг, спрямованих на покращання психоемоційного, соціального, матеріального стану ЛЖВ та їх близького оточення, що передбачає надання послуг відповідно до потреб та запитів клієнта з метою формування соціально-економічної та психологічної незалежності (консультації, психотерапія, групи самопомоги, супровід тощо)» [22].

«Комплексний пакет послуг – це система послуг, яка охоплює можливі потреби клієнта (представника уразливої до ВІЛ-інфекції групи, ЛЖВ тощо) – медичні, соціальні, психологічні, побутові, з метою покращання якості життя, збереження здоров'я, подальшої реабілітації та ресоціалізації клієнта» [46, с. 6.].

Слід зазначити, що стандарти інших країн, зокрема Великої Британії, повинні розглядатися лише в якості прикладу для України, вони не можуть бути обов'язковими, оскільки треба брати до уваги відмінності систем охорони здоров'я, соціальних сфер, місцевих потреб та ресурсів цих країн.

«Послуги, що надаються у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, відповідно до стандартів для ВІЛ-сервісу Національної системи здоров'я, погоджених Департаментом здоров'я Великої Британії у 2003 р., повинні бути [73]:

- клієнт-орієнтованими, тобто повинні наснажувати особу для прийняття вибору на користь здоров'я та керованого життя з ВІЛ шляхом просвіти і підтримки, що підкреслює важливість способу життя, культури та релігії та діє в напрямку подолання впливів незадовільного матеріального становища, соціального виключення та стигми.

- здійснюваними в партнерстві, а саме: цілі та відповідальність особи, медичних та соціальних служб є взаємопогоджені і чітко встановлені в плані, що регулярно переглядається.

- неупередженими, а саме: послуги сплановані на основі потреб населення, окремих його груп та відповідають цим потребам.

- інтегрованими, тобто такими, що забезпечують поєднання знань та вмінь професіоналів медичної та соціальної допомоги в мультидисциплінарній команді, що складається як з фахівців первинної медичної допомоги та соціальної допомоги, так і фахівців з інших спеціалізованих напрямів.

- орієнтованими на результат, тобто мають забезпечувати зведення до мінімуму ризиків інфікування ВІЛ та асоційованих ускладнень, а також сприяти зростанню якості життя клієнтів шляхом наснаження персоналу до надання та оцінки допомоги» [73].

Дані стандарти та загальні принципи відображають загальну філософію сфери охорони здоров'я у Великій Британії. У зв'язку із загальнодержавною орієнтацією України на європейські практики британські стандарти послуг з ВІЛ/СНІДу можуть стати орієнтиром для розробки національних мінімальних стандартів у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні.

«Британська програма профілактики ВІЛ/СНІДу відповідно до цих стандартів повинна базуватися на доказах ефективності діяльності та досвіді

кращих практик, поєднуватися із заходами просування сексуального здоров'я та інтегруватися з послугами з лікування та догляду» [73].

«У світовій практиці громадськими центрами (community centres), принаймні в такій формі, у якій вони існують, наприклад, у Великій Британії та США, називають місця, здебільшого окремі будівлі, в стінах яких зустрічаються члени місцевої громади для проведення спільних освітніх, культурних заходів або дозвілля, обговорення житлово-побутових проблем тощо» [72].

«У Великій Британії та США громадські центри вважаються дійовим інструментом зміцнення місцевих громад та залучення громадян до місцевого самоврядування, а також солідарності та взаємодопомоги серед членів місцевої громади, які належать до різних соціальних верств. Вони можуть використовуватись для організації та розміщення дитячого садка, різноманітних спортивних секцій та гуртків для дітей тощо. На відміну від закладів, які безпосередньо контролюються місцевою владою, керівництво такими центрами та їхнє обслуговування здійснюється силами самих місцевих мешканців на добровільних засадах, тобто переважно безкоштовно. Фінансуються громадські центри переважно з бюджету місцевої влади, а також за рахунок таких культурних і фандрейзінгових заходів, як проведення добродійних лотерей, ярмарок, танцювальних вечірок, весіль тощо. Громадські центри можуть обслуговувати не лише членів місцевої громади, але й сусідніх громад» [75].

У середовищі ВІЛ-сервісних організацій частіше вживаним є термін «громадський центр», під яким розуміємо місце для представників спільнот, уразливих до ВІЛ (СІН, ОСБ, ЧСЧ тощо) де вони можуть отримувати сталий набір медико-соціальних, побутових, профілактичних та інших послуг з метою їх подальшої ресоціалізації і зміни ризикової до інфікування ВІЛ поведінки. Це поняття значною мірою перегукується з поняттям «дроп-ін-центр», якому віддає перевагу світ.

«Свою нішу громадські (дроп-ін) центри для СНІ знаходять у межах подвійної стратегії попередження розповсюдження наркотиків та їх немедичного вживання, якої дотримуються більшість країн світу» [1]. Це рішуча боротьба з незаконним розповсюдженням наркотиків та їх нелегальним ринком і гуманізація ставлення до наркозалежних осіб.

«Досить цікавим є досвід організації центрів зменшення шкоди в межах науково-дослідницьких програм вивчення кращих методів попередження ВІЛ/СНІДу серед СНІ. Такий центр існує, зокрема, при дослідницькому проекті «Вивчення НЛО» (The UFO Study), що спонсорується Центром вивчення профілактики СНІДу при Каліфорнійському університеті в Сан-Франциско.

Проект було започатковано у 1997 р. з метою вивчення рівня поширення ВІЛ, гепатитів В і С серед молодих споживачів ін'єкційних наркотиків у віці до 30 років з району затоки Сан-Франциско, а також дослідження методів ефективного охоплення антигепатитною вакцинацією спільноти СНІ» [56].

«Дроп-ін-центр проекту пропонує доволі широкий спектр послуг для молодих СНІ, в тому числі безкоштовне тестування на ВІЛ, гепатити В і С, медичні консультації»[60]. Тут можна навчитися попереджати передозування, безкоштовно скористатися телефоном, поїсти, отримати одяг. Допомагають учасникам дослідження лікарі та волонтери-консультанти з-поміж активних або колишніх СНІ, які пройшли спеціальну підготовку. Крім того, клієнти центру можуть безкоштовно пройти вакцинацію проти гепатитів А і В. Центр надає відвідувачам інформацію про різноманітні соціальні служби для молоді в кількох інших великих містах США.

«Так, перший центр відчинив свої двері для клієнтів у травні 1998 р. Місцевий дільничний інспектор (Ward Commissioner) безкоштовно запропонував використовувати приміщення для нього в своєму службовому будинку, і вже за місяць послугами аутріч-працівників було охоплено 150 споживачів ін'єкційних наркотиків (при цьому кількість розповсюджених одноразових шприців та голок склала 1753 одиниці). А за рік середня кількість СНІ, охоплюваних щоденно, складала 1945 чоловік (в деякі дні вона сягала

2200 чоловік)» [36]. Опісля, було відкрито ще шість аналогічних центрів, в яких працювали 26 аутріч-працівників, яких набрали з-поміж самих СІН та їхнього близького оточення. Крім цього, курс прискороного навчання пройшло 20 власників аптек і 160 волонтерів-консультантів. Поступово до програми залучилося ще 11 центрів зменшення шкоди і 50 аутріч-працівників-волонтерів. Моніторинг реалізації програми показав, що впродовж, напр., одного місяця 2001 р. близько 4000 клієнтів, тобто приблизно 52% всіх СІН у м. Дакка, відвідали ці центри або скористалися іншими послугами CARE Bangladesh.

«Досвід Дакки допоміг CARE Bangladesh запровадити аналогічні програми в інших містах країни з 1999 по 2002 рр.» [47].

«Приведемо ще один приклад роботи НУО в Європі. Громадський (дроп-ін) центр для СІН у Празі, який працює у складі однойменної організації Центр Drop In, не може похвалитися таким охопленням цільової групи, якого досягли працівники CARE Bangladesh у м. Дакка. Цікавим його робить спектр послуг, що надаються, а також тісний взаємозв'язок з іншими профілактичними та терапевтичними програмами Центру Drop In, складовою частиною яких він є. Окрім друп-ін-центру, або низькопорогового контактного центру, як такі заклади називають у Чехії, сьогодні Центр Drop In реалізує ще шість програм» [36]:

- «вулична робота – соціально-медична допомога споживачам психотропних речовин на центральних вулицях Праги (сюди входить обмін шприців, первинна медична допомога, надання соціально-медичної та юридичної інформації, запрошення відвідати стаціонарний контактний центр);

- мобільна вулична робота – соціально-медична допомога в периферійних районах Праги та на її околицях, особливо в так званих «наркопритонах» або «сквотах»;

- програма замісної метадонової терапії для зареєстрованих клієнтів;

- сімейний центр, який надає соціально-медичну допомогу наркозалежним матерям і батькам, вагітним СІН (соціальна допомога,

консультації, гінекологічна та педіатрична допомога, експрес-тести на ВІЛ, тести на вагітність, гепатит, попередня оцінка необхідності та можливості реєстрації на отримання метадонової терапії, індивідуальна та групова терапія, йога, тай-ці тощо);

- центр реабілітації, який надає амбулаторну соціально-медичну та психотерапевтичну допомогу колишнім СІН, а також батькам і партнерам колишніх і активних СІН;

- програма «ХТС» – соціально-медична допомога молодим відвідувачам музичних фестивалів, дискотек, танцювальних клубів, рейв-вечірок, а також тестування «екстазі» (MDMA) за допомогою реагента Marquis на предмет виявлення психоактивних речовин» [56].

Одним із прикладів фактичного поєднання центрів зменшення шкоди для СІН з громадськими центрами в класичному розумінні цього терміну є ірландський громадський проект протидії наркоманії на місцевому рівні, який реалізується в районах Маунтв'ю та Блейкстаун (Mountview/Blakestown Community Drug Team Ltd.) у передмісті Дубліна Бланчардстаун з 1998 р.

«Ще одним прикладом самоорганізації та ефективного залучення ОСБ до реалізації програм попередження ВІЛ/СНІДу є киргизька неурядова організація «Таїс Плюс» з Бішкеку. Фактично створена ще в 1997 р. в умовах досить ліберального законодавства стосовно надання секс-послуг, вона поставила за мету практично допомогти уряду країни виконати державну програму профілактики ВІЛ/СНІДу серед робітниць секс-бізнесу та їхніх клієнтів, а також сприяти контрольованій утилізації гранту Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, який Киргизстан отримав у 2003 р.» [41]

«Спектр послуг, які надають своїм колегам працівники організації, включає розповсюдження безкоштовних презервативів, лубрикантів серед секс-робітниць з низьким доходом, психосоціальна підтримка, юридичні консультації та підтримка (в тісній співпраці з муніципальною владою, департаментом міліції та юристами), переадресування до закладів, які надають медичні послуги, переадресування наркозалежних до відповідних

безкоштовних медично-реабілітаційних програм, підтримка груп самопомоги, навчання волонтерів, інформаційно-роз'яснювальні кампанії, цілодобова телефонна «гаряча лінія» і навіть первинна профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді» [57].

Крім того, «Таїс Плюс» допомагає отримувати паспорти та реєстраційні картки, а також проводить заняття, навчаючи тому, як себе поводити під час затримання тощо. Це дуже важливо з огляду на те, що більшість бішкекських вуличних трудівниць є мігрантками з економічно занедбаних регіонів Киргизстану та сусідніх країн.

Важливо, що організація намагається дотримуватися максимальної незалежності, зокрема й від зовнішніх джерел фінансування, але з мінливим успіхом. Регіональний офіс Програми розвитку ООН залишається її головним агентом по залученню фінансових ресурсів.

Ще одна країна, яка досягла значущих результатів в боротьбі з ВІЛ в рамках державно-громадської співпраці є Литва. Розуміння того, що розповсюдження епідемії СНІДу може змусити державу раз по раз збільшувати витрати з бюджету на його лікування, спонукало литовський уряд розглядати ранню профілактику ВІЛ як завдання першорядної ваги ще наприкінці 1980-х рр.

«У 1989 р., незадовго до виходу країни з СРСР, наказом міністра охорони здоров'я Литви було створено Литовський Центр СНІДу, беззмінним керівником якого став Саулюс Чаплінскас. З того часу діяльність цієї установи регламентується урядовою програмою профілактики СНІДу в Литві» [56].

«Також Литовський Центр СНІДу ініціював заснування багатьох інституцій, напр., Литовської фундації допомоги наркозалежним, клубів «Журналісти проти СНІДу» та «Молодь проти СНІДу», а також консультативного кабінету соціальних хвороб «Деметра», діяльність якого розглянемо детальніше» [56].

«Консультаційний кабінет «Деметра» було створено в 1998 р. з метою активізації заходів зі зменшення шкоди та профілактики ВІЛ у середовищі

споживачів ін'єкційних наркотиків і секс-робітниць. Одним із його завдань стала соціальна, юридична та медична допомога жертвам незаконної торгівлі людьми. Проект розпочався з проведення СНІД-центром аналізу епідеміологічної ситуації у столиці Литви в 1997 р.» [36].

«У багатьох країнах світу організація та робота дроп-ін-центрів для ЧСЧ ускладнюється укоріненою в громадській думці гомофобією та криміналізацією одностатевих стосунків серед чоловіків з боку держави. Так, у 86 країнах світу такі стосунки вважаються кримінальним злочином. У 21 країні статевий зв'язок між чоловіками карається тюремним ув'язненням терміном від 10 років і більше, а в 7 країнах за одностатеві стосунки загрожує страта» [74].

«Досить цікавим з цієї точки зору є досвід неурядової благодійної організації «Міжнародна фундація Наз» (Naz Foundation International), яка надає технічну, організаційну та фінансову допомогу об'єднанням ЧСЧ в Індії, Пакистані, Бангладеш і Непалі, що впроваджують програми профілактики ВІЛ/ШСШ. Наприклад, в столиці Бангладеш м. Дакка «Міжнародна фундація Наз» сприяла заснуванню двох організацій ЧСЧ – Товариства соціального патронажу бандху (Bandhu Social Welfare Society, або скорочено BSWS), діяльність якого спрямована на соціально-медичну допомогу ЧСЧ і секс-робітників з малозабезпечених верств населення, а також Асоціації здоров'я та соціального розвитку (Association for Health and Social Development), яка об'єднує переважно ЧСЧ – представників середнього класу» [4].

Дев'ять центрів зменшення шкоди BSWS, що працюють в різних містах країни, є головним компонентом профілактичної програми, спрямованої на зміну ризикованої поведінки серед цільової групи. В них клієнтам надають медичні консультації, психологічну та соціальну допомогу, провадять медичний огляд, виписують направлення на аналізи та лікування до партнерських клінік, розповсюджують презервативи та лубриканти.

Завдяки зусиллям BSWS у п'ятирічній програмі уряду Бангладеш з протидії ВІЛ на 2000 р. вперше окремим пунктом були виділені питання профілактики серед ЧСЧ. Також завдяки участі BSWS в Національній програмі

епідеміологічного нагляду аналізи крові серед ЧСЧ збираються без зазначення їхніх особистих даних.

Аналіз показав, що для того щоб досягти результату в боротьбі з розповсюдженням вірусу імунодефіциту людини, потрібен комплексний міждисциплінарний підхід.

«З урахуванням необхідності вищезазначеного міждисциплінарного підходу та представленого в цьому огляді досвіду діяльності центрів зменшення шкоди для чоловіків, що практикують сексуальні стосунки з чоловікам, споживачами ін'єкційних наркотиків та особи секс бізнесу можна сформулювати мінімальний набір послуг з профілактики ВІЛ серед представників цих уразливих до ВІЛ категорій населення» [36].

Зарубіжний досвід роботи центрів для сексуальних стосунків з чоловікам, споживачами ін'єкційних наркотиків та особами секс бізнесу дозволяє зробити наступні загальні висновки та рекомендації у плані ефективного впровадження аналогічних програм соціально-медичної допомоги цим цільовим групам в Україні:

- забезпечення сталого фінансування з боку зовнішніх і вітчизняних донорів; проведення активної інформаційно-роз'яснювальної роботи серед місцевих громад, впливових громадських діячів, органів самоуправління та державних органів влади; розвиток і зміцнення робочих зв'язків з державними органами соціальної опіки є важливою запорукою налагодження успішної роботи контактних центрів для груп ризику;

- ретельна оцінка специфічних потреб місцевих спільнот сексуальні стосунки з чоловікам, споживачами ін'єкційних наркотиків та особи секс бізнесу і сегментація споживачів соціально-медичних послуг на основі різниці в цих потребах також є важливою складовою успішного стратегічного планування роботи будь-якого центру;

- сприяння самоорганізації та зміцненню інфраструктури спільнот;

- активне залучення самих груп ризику на всіх етапах розробки, реалізації та оцінки відповідних програм дозволяє ефективніше задовольняти потреби цієї цільової групи;

- надання центрами зменшення шкоди комплексних медичних послуг та/або налагодження партнерських стосунків зі спеціалізованими медичними центрами, які враховують специфіку роботи з чоловіками, які практикують сексуальні стосунки з чоловіками, споживачами ін'єкційних наркотиків та особи секс бізнесу, усуває перешкоди в задоволенні потреб цієї категорії населення в профілактиці ВІЛ і захисті свого сексуального здоров'я;

- залучення програм соціально-медичної допомоги груп ризику та самих представників цільової групи до дослідницьких проєктів, наприклад, вивчення кращих шляхів профілактики ВІЛ;

- допомога уряду країни в розробці специфічних кампаній сексуальної освіти для ЧСЧ в межах національної програми боротьби з ВІЛ/СНІДом сприяє уникненню недоліків;

- моніторинг політичної ситуації в країні та активна співпраця з рухом за права ЛГБТ-спільноти, споживачами ін'єкційних наркотиків та особи секс бізнесу не тільки допомагає зміцнити місцеві спільноти, позитивним чином вплинути на ставлення громадськості до цих категорій населення, але й поліпшує імідж ВІЛ-сервісної організації, яка працює, в очах багатьох донорів, тому є корисною стратегією підтримки фінансування її програм.

«В країнах світу проводяться широкомасштабні програми боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції, які включають просвітницькі заходи, доступ до послуг з консультування та тестування, лікування та догляду» [19]. «Значна робота проводиться з попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини» [2; 25; 27; 71] «та з подолання стигми і дискримінації до ЛЖВ» [24].

Аналіз зарубіжного досвіду втілення програм в рамках державно-громадської взаємодії планування та втілення заходів з протидії поширення ВІЛ/СНІДу показав, що в Україні існують реальні можливості для удосконалення й упровадження нових форм та методів такої взаємодії.

## ВИСНОВКИ

Таким чином провівши дослідження щодо державного регулювання соціально-небезпечних захворювань в Україні (на прикладі ВІЛ/СНІДу) можна зробити наступні висновки:

1. Визначено сутність та роль соціально-небезпечних захворювань як медико-соціальної проблеми в Україні, зокрема синдрому набутого імунodefіциту (ВІЛ/СНІД), зокрема слід зазначити, що державне регулювання та участь інституцій громадянського суспільства в організації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні є надзвичайно важливими та є елементом активної соціальної політики, що сприяє подоланню наслідків довготривалої епідемії шляхом встановлення контролю над інтенсивністю епідеміологічного процесу. Визначено органи влади, які є відповідальним за реалізацію державної політики у сфері боротьби із соціально небезпечними інфекційними хворобами.

Також визначено, що ВІЛ-інфекція посідає провідне місце серед проблем охорони здоров'я багатьох країн світу. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи. Особливо гостро стоїть дана проблема переважно серед молоді. Проаналізовано основні історичні аспекти розповсюдження та перебіг даної інфекції.

2. Досліджено міжнародний та вітчизняний досвід законодавчо-нормативного регулювання ВІЛ/СНІДу та проведено порівняльний аналіз. Зокрема розглянуто Конвенції Організації Об'єднаних Націй та рекомендації МОП щодо ВІЛ/СНІДу, які закликають до дотримання основних прав людини всіх працівників, зокрема додержання принципу гендерної рівності та права бути вільним від обов'язкового тестування на ВІЛ і розголошення ВІЛ-статусу. Слід зазначити, що на сьогодні в Україні створена достатня правова база з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу для врегулювання основних правових взаємовідносин держави, роботодавців та найманих працівників у сфері праці. Розглянуто основні законодавчо – нормативно правові акти України.

3. Проаналізовано особливості ВІЛ/СНІДу в Україні як епідемічного процесу та його моніторингу. Встановлено, що поширення соціально-небезпечних захворювань серед населення та інтенсивність епідемічного процесу як індикатору якості управлінської діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є пандемією, яка вже охопила 40 мільйонів людей у всьому світі, і кількість інфікованих вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) постійно зростає. Сьогодні також не заперечним є той факт, що проблема ВІЛ/СНІД не є суто медичною, а представляє собою одну із найбільших загроз для соціально-економічного прогресу в світі.

За висновками експертів та результатами досліджень визначено, що це один із важких викликів міжнародній спільноті, що становить загрозу національній безпеці країн світу. Епідемія ВІЛ/СНІД продовжує поширюватися в Україні та світі, в той же час заходи державних установ та органів влади щодо запобігання поширенню епідемії не є достатніми для подолання епідемії.

Проведено моніторинг та оцінку показників захворюваності ВІЛ/СНІДу та визначили, що провадиться моніторинг поширеності ВІЛ-інфекції серед працівників різних секторів економіки, зокрема, приватного і державного секторів, формальної та неформальної економіки, а також серед самозайнятих і трудових мігрантів; відстежуються зміни, які відбуваються в контексті інфікування ВІЛ працівників при виконанні професійних обов'язків у межах регіонів та країни загалом; розроблено чіткий і прозорий механізм підтримки постійного соціального діалогу між урядом, роботодавцями і профспілками для вироблення спільних рішень і цілеспрямованої політики та програм.

Постійно проводяться соціологічні досліджень, які, з одного боку, - сприятимуть розумінню гендерних особливостей зайнятості в контексті ВІЛ-інфекції та вибору життєво важливих стратегій жінок і чоловіків з подолання наслідків епідемії на рівні окремих осіб та домогосподарств, а з іншого, - дають кількісні показники, на підставі яких можна буде розробити більш дієві заходи і визначити ефективний розподіл ресурсів.

4. Досліджено роль фахівців та громадських організацій в державному регулюванні з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, а саме розглянули можливості щодо підвищення рівня знань та навичок фахівців щодо зменшення захворюваності ВІЛ/СНІДу в Україні та встановили, що основною метою Плану з підвищення ефективності використання інформації у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом, а також підвищення рівня знань та навичок фахівців є оптимізація діяльності з використання стратегічної інформації, плануванні програм та заходів для забезпечення ефективній протидії епідемії ВІЛ-інфекції.

Визначено роль громадських організацій в державному регулюванні з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, так державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальним напрямом державної соціальної політики; одним із заходів активної державної політики інтеграції України в європейський простір. Процес державно-громадської взаємодії розглянуто під кутом етапності його розвитку та співвіднесено з характеристиками суб'єктів взаємодії, їх основними рисами, функціями і властивостями.

5. Обґрунтовано використання міжнародного досвіду щодо удосконалення державного регулювання з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні на засадах децентралізації. В процесі дослідження було з'ясовано взаємодію держави з населенням у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, та визначили механізми державно-громадської взаємодії в системі державного управління з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні та запропоновано підходи щодо їх вдосконалення. Так, нормативно-правовий механізм взаємодії потребує подальшого удосконалення в частині якісних змін у змісті законодавчих та нормативно-правових актів, у тому числі й відомчих, щодо взаємодії в умовах децентралізації управління, подальшій класифікації, періодизації та систематизації національної нормативно-правової бази з метою її розвитку та приведення у відповідність до норм міжнародного права (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ).

Охарактеризовано процес використання міжнародного досвіду щодо децентралізації заходів із запобігання ВІЛ/СНІДу в Україні. Слід зазначити, що зарубіжний досвід функціонування моделей державно-громадської взаємодії з

протидії ВІЛ/СНІДу, який засвідчує, що ефективність управління протидією забезпечується на основі інтеграції заходів профілактики з лікуванням, доглядом та підтримкою з метою задоволення потреб клієнтів з різних груп. Зарубіжні моделі взаємодії державних органів та інституцій громадянського суспільства у боротьбі з ВІЛ/СНІД'ом засновані на принципах: партнерства (усі залучені до реалізації програм повинні мати спільні цілі, вагомні мотиви до дій, засоби для роботи, які не суперечать інтересам партнерів і одночасно підсилюють їхні можливості виконувати основні функції); багаторівневості (до участі в реалізації програм залучаються представники всіх рівнів – центральні, регіональні, місцеві); міжгалузевості (максимально ефективною робота може бути за умови спільних зусиль різних галузей).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз міжнародного законодавства в галузі боротьби з нелегальним обігом наркотиків та їх вживанням: анонім. реферат. URL: [http://5ka.at.ua/load/pravo/analiz\\_mizhnarodnogo\\_zakonodavstva\\_v\\_galuzi\\_borotbi\\_z\\_nelegalnim\\_obigom\\_narkotikiv\\_ta\\_jikh\\_vzhivannjam\\_referat/49-1-0-23782](http://5ka.at.ua/load/pravo/analiz_mizhnarodnogo_zakonodavstva_v_galuzi_borotbi_z_nelegalnim_obigom_narkotikiv_ta_jikh_vzhivannjam_referat/49-1-0-23782).
2. Аряев Н.Л., Котова Н.В., Старец Е.А., Жилка Н.Я. Алгоритм медицинского наблюдения детей раннего возраста, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. *Здоровье женщины*. нач.-практ. журнал. Киев, 2006. № 4 (28). С. 217-222.
3. Балакіревої О.М. Посилення компонента по роботі з підлітками в рамках національної програми ВІЛ/СНІД : адвокаційний звіт. ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. Київ, 2017. 88 с.
4. Балакірева О., Бондар Т., Грамотна Ю. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні. Практичний посібник. К.: ТОВ «Поліграф плюс», 2015. 120 с.
5. Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», ТОВ «Агентство «Україна» К., 2018. 368 с.
6. Березюк О.В., Воронцова Т.В., Єресько О.В., Пономаренко В.С., Скорбун І.А. Організація профілактичної роботи у навчальних закладах. Посібник для адміністраторів системи освіти. Київ: «Здоров'я через освіту», 2014. 128 с.
7. Бойко А. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією та СНІДом. *Соціальна політика і соціальна робота*: часоп. Харків, 2001. № 2. С. 54-61.
8. Бондар Ю.А., Легінькова Н.І. Формування системи показників статистики навколишнього середовища. *Стратегії інноваційного розвитку*

*природничих дисциплін: досвід, проблеми та перспективи*: матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф., 21 березня 2019 р. Кропивницький: ЦДПУ, 2019. С. 191-193.

9. Бондар Ю.А., Легінькова Н.І. Основні фактори впливу на здоров'я населення. *Стратегії інноваційного розвитку природничих дисциплін: досвід, проблеми та перспективи*: зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., 1 березня – 16 квітня 2020р. Кропивницький: ЦДПУ, 2020. С. 188-120.

10. Бондар Ю.А., Легінькова Н.І. Сучасні фактори інтегральної характеристики здоров'я в суспільстві. *Стратегії інноваційного розвитку природничих дисциплін: досвід, проблеми та перспективи*: матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. З між нар. участю, 25-26 березня 2021 р. Кропивницький: ЦДПУ, 2021. С. 155-158.

11. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.

12. Буроменський М.В. Сучасний стан політики та законодавства з питань надання медико-соціальних послуг для дітей та молоді груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування: аналітичний огляд. М.В. Буроменський, В.М. Стешенко. К.: Укр. і-нт соц.дослідж., 2008. 129 с.

13. ВІЛ-інфекція в Україні: інформац. бюл. / ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України». Київ, 2016. № 46. 38 с.

14. Воронцова Т.В. Основи здоров'я: підручник / Т. В. Воронцова, В. С. Пономаренко. К.: Алатон, 2008. 160 с.

15. Губар О.В. Сучасний стан та проблеми державного управління у сфері біологічної безпеки. *Механізми публічного управління*. 2020. Т. 31 (70). С. 59-65.

16. Гуцалюк О.М. Аналіз стану кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я України у період реформування. *Вісник економічної науки України*. 2019. № 2 (37). С. 110-114.

17. Гуцалюк О.М., Наволокіна А.С. Оцінка конкурентоспроможності галузі вищої медичної освіти та її закладів в контексті економічної взаємодії. *Ефективна економіка*. 2018. № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7085>.
18. Данилейченко В.В., Федечко Й.М., Корнійчук О.П. Мікробіологія з основами імунології 2009. С. 343-344
19. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, (25–27 июня 2001 г.). URL: [http://www.unaids.org/sites/default/files/sub\\_landing/files/aidsdeclaration\\_ru.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_ru.pdf). (дата звернення: 08.06.2021р.).
20. Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІД, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року URL: <https://www.phc.org.ua/news/derzhavna-strategiya-protidii-vil-infekciisnidu-tuberkulozu-ta-virusnim-gepatitam-do-2030-roku> (дата звернення: 18.06.2021р.)
21. Дослідження на базі спільноти: «Сексуальне і репродуктивне здоров'я, гендерна рівність та права людини, гендерне насильство, економічні і політичні можливості жінок, які живуть з ВІЛ в Україні». Київ, 2016 р.
22. Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р. / М-во охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС. квітень 2006 р. URL: [http://www.aidsalliance.org.ua/ru/gfund/monitoringandevaluation/2nd\\_conf/print350/Ukraine%20UA%20Report%20FNL%20UKR.pdf](http://www.aidsalliance.org.ua/ru/gfund/monitoringandevaluation/2nd_conf/print350/Ukraine%20UA%20Report%20FNL%20UKR.pdf).
23. Дужий І.Д., Бондаренко Л.А., Олещенко Г.П., Олещенко В.О., Захворюваність на туберкульоз медичних працівників. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2017. № 3. С. 44-49 URL: [http://tubvil.com.ua/svizhij\\_pomer.php?nid=30](http://tubvil.com.ua/svizhij_pomer.php?nid=30).
24. Дуб Ю.М. Організаційна модель первинної профілактики ВІЛ-інфікування жінок в умовах реформування системи охорони здоров'я у Дніпропетровській області. *Педіатрія, акушерство та гінекологія: междунар. журнал* Київ, 2014. Т. 77, № 1(461). С. 72-74.

25. Дудіна О.О., Жилка Н.Я., Слабкий Г.О., Бринь Г.О. До проблеми розробки та впровадження клінічних протоколів у діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини. *Здоров'я жінчини*: нач.-практ. журнал. Київ, 2006. № 1 (25). С. 38-39.
26. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» № 49. Київ, 2018. 121 с.
27. Жилка Н.Я. Організація системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (огляд). МОЗ, ЮНІСЕФ, ВООЗ. Київ, 2003. 32 с.
28. Загальні питання децентралізації надання медичних послуг у сфері соціально-небезпечних хвороб в умовах реформування охорони здоров'я України / Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», Український центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Київ, 2014.
29. Загальнодержавна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2021 року» URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennya-derzhavnoyi-socialnoyi-programi-nacionalnij-plan-dij-shodo-realizaciyi-konvenciyi-oon-pro-prava-ditini-na-period-do-2021-roku> (дата звернення: 01.06.2021р.).
30. Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» від 10 липня 2010 р. № 6617-1. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/LF53T01A> (дата звернення: 21.06.2021р.).
31. Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 2. URL: [https://taxlink.ua/ua/normative\\_acts/zakon-ukraini-pro-zahist-naselennya-vid-infekciynih-hvorob/](https://taxlink.ua/ua/normative_acts/zakon-ukraini-pro-zahist-naselennya-vid-infekciynih-hvorob/) (дата звернення: 21.06.2021р.)
32. Звіт про результати оцінки єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії

ВІЛ-інфекції, в Україні: національний та регіональний рівні. Салабай Н., Шваб І., Кузін І., Марциновська В., Антоненко Ж. К.: 2018. 64 с.

33. Звіт за результатами проекту «Інструменти оцінювання спільнот, прав та гендерних аспектів в контексті ТБ в Україні» (дані станом на 2018 р.) МБФ «Альянс громадського здоров'я» 2018. 120 с.

34. Зведене керівництво зі стратегічної інформації з питань ВІЛ для сектору охорони здоров'я. Consolidated strategic information guide for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015

35. Кіровоградський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» URL: <http://labcentr.kr.ua/> (дата звернення: 01.06.2021р.).

36. Кисельов В. Огляд міжнародного досвіду діяльності громадських центрів для представників уразливих до ВІЛ груп. / за ред. М. Андрущенко. *Міжнар. Альянс ВІЛ/СНІД в Україні*. Київ, 2008. 66 с.

37. Кодексу законів про працю №332-VIII. (редакція від 03.12.2020р.) URL: <https://i.factor.ua/ukr/law-40/> (дата звернення: 18.06.2021р.).

38. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: Зведений звіт. Варіант „0”. К., 2008: URL:<http://www.unaids.org.ua/evaluation/users>. (дата звернення: 08.06.2021р.).

39. Конституція України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. С. 141.

40. Крисько М.О. Результати комплексної експертної оцінки з питань інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень. *Україна. Здоров'я нації: наук.-практ. журнал*. Київ, 2015. № 4(36). С. 102-112.

41. Міжнародне законодавство. URL: <https://ombudsman.gov.ua/ua/page/discrimination/zakonodatelstvo/international-law.html> (дата звернення: 18.06.2021р.).

42. Медикаментозна профілактика інфікування ВІЛ. URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn\\_pkr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_pkr.pdf) (дата звернення: 08.06.2021р.).

43. Москалюк В.Д., Меленко С.Р. ВІЛ – інфекція /СНІД. Чернівці: В-во Буковинського державного медичного університету, 2012. 190 с.
44. Наволокіна А.С. Концепція формування конкурентоспроможності галузі вищої медичної освіти та її закладів на засадах партнерства. *Приазовський економічний вісник*. 2018. Вип. 3 (08). URL: <http://rev.kpu.zp.ua/vypusk-8>.
45. Наместнік В.В. Діяльність громадських організацій як аспект суспільного екологічного розвитку. *Ресурсне забезпечення процесів суспільного розвитку*: матеріали круглого столу (Дніпропетровськ, 17 трав. 2012 р.) / за заг. ред. В. Г. Вікторова. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2012. С. 81-84.
46. Общественные центры снижения вреда для уязвимых к ВИЧ групп населения: опыт, практика, перспективы. Київ: Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2009. 64 с.
47. Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу. URL: <http://www.unaids.org>. (дата звернення: 08.06.2021р.).
48. Основи законодавства України про охорону здоров'я URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 08.06.2021р.).
49. Про благодійництво та благодійні організації: Закон України від 16.09.1997 р. №.531/97-ВР. *Відомості Верховної Ради*. 1997. № 46. С. 292.
50. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 14. Ст. 86.
51. Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах: наказ М-ва охорони здоров'я України від 15.08.2011 р. № 507. URL: [http://moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110815\\_507.html](http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_507.html). (дата звернення: 08.06.2021р.).
52. Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІД на період до 2020 року» URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/RO170163> (дата звернення: 03.06.2021р.).

53. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки. № 1026-VI. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/1026vi-8687> (дата звернення: 03.06.2021р.).

54. Про Національна стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року. URL: <https://irshava-osvita.gov.ua/ukaz-prezidenta-ukraini-pro-nacionalnu-strategiju-rozvitku-osviti-v-ukraini-na-period-do-2021-roku-21-44-25-19-11-2018/> (дата звернення: 13.06.2021р.).

55. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року». URL: <https://www.umj.com.ua/article/106030/rozrobleno-programu-reproduktivnogo-ta-statevogo-zdorov-ya-natsiyi> (дата звернення: 03.06.2021р.).

56. Проект «Вивчення НІО» в Сан-Франциско. URL: <http://www.caps.ucsf.edu/projects/UFO/index.php>. (дата звернення: 01.06.2021р.).

57. Пятибратова А. На юге Киргизии появился первый дроп-ин-центр. URL: <http://www.fergananews.com/news.php?id=5932>.

58. . Реформа ВІЛ-послуг у дії «Актуальність створення національного Центру громадського здоров'я та контролю за захворюваннями. Аналітичний звіт» серпень 2015 року, номер контракту: AID121-A-13-00007 «DELOITTE CONSULTING, LLP». Київ, 2015. URL: <http://www.hivreforminaction.org/uhealth/project/aktualnist-stvorennja-nacionalnog> (дата звернення 25.06.2021).

59. Таблиці зі статистичними даними за 2018 рік. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information> (дата звернення: 08.06.2021р.).

60. Тошева М. Дроп-ин центр: опыт Македонии. URL: <http://swannet.org/ru/node/876>.

61. Україна: Огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019 рр. URL: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report\\_UKR\\_Full-report\\_Web.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf) (дата звернення: 08.06.2021р.).
62. Хожило І.І. Профілактика соціально небезпечних хвороб як напрям соціальної політики держави. Д. : ДРІДУ НАДУ. 2008. 254 с.
63. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України: монографія / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2019. 460 с.
64. Якобчук А.В. Порівняльний аналіз чинного національного законодавства з протидії епідемії ВІЛ/СНІДУ в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 2, 3. С. 312-319.
65. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. (2012). UNAIDS. режим доступу: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media-asset/20121120-UNAIDS-Global-report-2012>.
66. Iuliia Bondar, Anton Ternavskiy, Dmytro Nahorny, Svitlana Prysiazhna. Economic assessment of the staffing of the qualitative composition of managerial medical personnel. *Освіта і суспільство : Міжнародний збірник наукових праць*. Ополь, Польща. 2021. С. 320-328.
67. Hutsaliuk O., Storozhuk O., Zhovnirchuk Ya., Zaiarniuk O., Kartsyhin D. Public administration and legal regulation effectiveness in the field of health care in the context of sustainable development. *Revista Genero & Direito*. 2020. Vol. 9. Iss. 2. P. 599-613.
68. Hutsaliuk O., Smutchak Z., Sytnyk O., Krasnozhon N., Puhachenko O., Zarubina A. Mass labour migration in the vector of international tourism as a determinant sign of modern globalization. *Turismo: Estudos & Práticas (UERN), Mossoró/RN, Caderno Suplementar*. 2020. Vol. 3. URL: <http://natal.uern.br/periodicos/index.php/RTEP/article/view/1971/1811>.

69. Hutsaliuk O., Navolokina A. Research on the economic interaction between the labor market and human resources in the healthcare sector in Ukraine. *Economic innovations*. 2020. Vol. 22. Iss. 1 (74). P. 37-51.
70. Gender assessment tool for national HIV and TB responses. – Stop TB Partnership and UNAIDS, 2017.
71. Maluta R., Newell M., Ostergen M. et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: Ukraine experience to date. *The Ruropien Journal of Public Health Advance Access published*. 2006. № 13. P. 1–5.
72. NASW Standards for Social Work Practice in Palliative and End o Life Care. National Association of Social Workers, USA. 2005. URL: <http://www.socialworkers.org/practice/bereavement/standards/standards0504New.pdf>.
73. Recommended standards for NHS HIV services. Medical Foundation for AIDS & Sexual Health. Endorsed by Department of Health, British Association, National Association of NHS Providers of AIDS Care and Treatment. September 2003. URL: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/62/71/04106271.pdf>.
74. TREAT Asia (2006). MSM and HIV/AIDS Risk in Asia: What Is Fueling the Epidemic among MSM and How Can It Be Stopped? Bangkok, Thailand, New York, NY: TREAT, amfAR.
75. Quality management and PQM (Psychiatry Quality Managment): Extended abstracts from a Lundbeck Institute Symposium held during the XI World Congress of Psychiatry. Humburg, 9 August 1999.
76. WHO. Framework. Geneva: World Health Organization; 2016. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector.

# ДОДАТКИ

## Додаток А

Таблиця А.1

**Загальна кількість осіб, які отримують АРТ в Україні  
станом на 01.01.2020**

№ п/п	Регіон/Організація	МОЗ та НАМН України				ДКВС України			Разом (МОЗ, НАМН та ДКВС України)	
		Держбюджет	Глобальний фонд	PEPFAR	фонд "АНТИСНІД"	Всього, МОЗ та НАМН України	Глобальний фонд	Держбюджет		Всього, ДКВС України
1	Вінницька обл	1 600	485	0	0	2085	28	55	83	2168
2	Волинська обл	1 223	283	0	0	1506	25	22	47	1553
3	Дніпропетровська обл	13 511	4 114	2 876	0	20501	376	190	566	21067
4	Донецька обл	7 711	1 409	829	0	9949	149	67	216	10165
5	Житомирська обл	1 760	548	0	0	2308	122	43	165	2473
6	Закарпатська обл	449	39	0	0	488	3	2	5	493
7	Запорізька обл	2 639	731	477	0	3847	103	65	168	4015
8	Івано-Франківська обл	811	78	0	0	889	6	12	18	907
9	Київська обл	3 537	1 069	694	0	5300	193	66	259	5559
10	Кіровоградська обл	1 661	338	519	0	2518	66	49	115	2633
11	Луганська обл	1 467	326	0	0	1793	12	4	16	1809
12	Львівська обл	1 761	552	0	0	2313	83	44	127	2440
13	Миколаївська обл	4 573	960	834	0	6367	133	36	169	6536
14	Одеська обл	9 841	2 350	2 486	0	14677	188	45	233	14910
15	Полтавська обл	2 031	452	315	47	2845	56	51	107	2952
16	Рівненська обл	1 102	256	0	0	1358	48	18	66	1424
17	Сумська обл	937	192	0	0	1129	36	32	68	1197
18	Тернопільська обл	359	100	0	0	459	22	8	30	489
19	Харківська обл	2 243	995	0	0	3238	232	57	289	3527
20	Херсонська обл	2 182	822	516	0	3520	188	36	224	3744
21	Хмельницька обл	1 209	405	0	0	1614	19	47	66	1680
22	Черкаська обл	2 037	605	585	0	3227	115	37	152	3379
23	Чернівецька обл	515	145	0	0	660	5	4	9	669
24	Чернігівська обл	2 183	457	589	0	3229	25	22	47	3276
25	м. Київ	7 489	1 336	1 658	0	10683			0	10683
26	НДСЛ Охматдит	246	12	0	2	260			0	260
27	Інститут епідеміології та інфекційних хвороб НАМН України	2 298	740	0	0	3038			0	3038
	<b>Всього</b>	<b>77375</b>	<b>19999</b>	<b>12378</b>	<b>49</b>	<b>109801</b>	<b>2233</b>	<b>1012</b>	<b>3245</b>	<b>113046</b>

## Додаток Б

### Таблиця Б.1

Форма № 58  
Наказ МОЗ України 21.03.2018 № 182  
(у редакції наказу МОЗ 08.05.2018 № 864)

#### Звіт про проведення діагностики, профілактики та лікування туберкульозу та вірусних гепатитів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів за 2018 рік

Україна

Таблиця 1000. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб із захворюванням на туберкульоз

ВІЛ-інфіковані особи	Номер рядка	Кількість ВІЛ-інфікованих осіб
Уперше стали під медичний нагляд протягом звітного року	1	16707
з них		
<i>розпочали профілактичне лікування туберкульозу (ПЛІ)</i>	1.1	9542
<i>встановлено діагноз "Туберкульоз"</i>	1.2	3480
Розпочали профілактичне лікування туберкульозу (ПЛІ) незалежно від терміну постановки під медичний нагляд	2	25536

Таблиця 2000. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які розпочали лікування туберкульозу у звітному році

ВІЛ-інфіковані особи	Номер рядка	Кількість ВІЛ-інфікованих осіб
Розпочали лікування туберкульозу (незалежно від категорії)	1	6721
у тому числі,		
з ВДТБ	1.1	4443
з МРТБ	1.2	1433
отримували профілактичне лікування ко-тримоксазолом	1.3	6067
отримували АРТ	1.4	5606
у тому числі		
з ВДТБ	1.4.1	3634
з МРТБ	1.4.2	1302
<i>отримували АРТ на момент встановлення діагнозу ТБ</i>	1.4.3	1803
<i>АРТ було призначено протягом перших 2 тижнів після встановлення діагнозу ТБ</i>	1.4.4	992
<i>АРТ було призначено в період 2 тижні - 2 місяці після встановлення діагнозу ТБ</i>	1.4.5	2496
<i>АРТ було призначено в період 2 - 6 місяці(в) після встановлення діагнозу ТБ</i>	1.4.6	288

Таблиця 3000. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які інфіковані вірусами гепатитів В та С

ВІЛ-інфіковані особи	Номер рядка	Кількість ВІЛ-інфікованих осіб
Інфікованих вірусом гепатиту С за результатами скринінгових досліджень станом на кінець звітного періоду	1	27722
Розпочали етіотропне лікування гепатиту С протягом звітного року	2	2121
Продовжують лікувати вірусний гепатит С станом на кінець звітного періоду	3	253
Інфікованих вірусом гепатиту В за результатами скринінгових досліджень станом на кінець звітного періоду	4	6349
з них з ко-інфекцією ВГС та ВГВ	4.1	2913
Інфікованих ВГВ, які отримують тенофовірмісні схеми АРТ станом на кінець звітного періоду	5	4150

Таблиця Б.2

Форма № 58  
Наказ МОЗ України 21.03.2018 № 182  
(у редакції наказу МОЗ 08.05.2018 № 864)

**Звіт про проведення діагностики, профілактики та лікування туберкульозу та вірусних гепатитів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів за 2019 рік**

Україна

Таблиця 1000. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб із захворюванням на туберкульоз

ВІЛ-інфіковані особи	Номер рядка	Кількість ВІЛ-інфікованих осіб
Уперше стали під медичний нагляд протягом звітного року	1	17052
<i>з них</i>		
<i>розпочали профілактичне лікування туберкульозу (ПЛІ)</i>	1.1	9511
<i>встановлено діагноз "Туберкульоз"</i>	1.2	3456
Розпочали профілактичне лікування туберкульозу (ПЛІ) незалежно від терміну постановки під медичний нагляд	2	34637

Таблиця 2000. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які розпочали лікування туберкульозу у звітному році

ВІЛ-інфіковані особи	Номер рядка	Кількість ВІЛ-інфікованих осіб
Розпочали лікування туберкульозу (незалежно від категорії)	1	6541
<i>у тому числі,</i>		
<i>з ВДТБ</i>	1.1	4146
<i>з МРТБ</i>	1.2	1492
отримували профілактичне лікування ко-тримоксазолом	1.3	6004
отримували АРТ	1.4	5782
<i>у тому числі</i>		
<i>з ВДТБ</i>	1.4.1	3602
<i>з МРТБ</i>	1.4.2	1381
<i>отримували АРТ на момент встановлення діагнозу ТБ</i>	1.4.3	2029
<i>АРТ було призначено протягом перших 2 тижнів після встановлення діагнозу ТБ</i>	1.4.4	1438
<i>АРТ було призначено в період 2 тижні - 2 місяці після встановлення діагнозу ТБ</i>	1.4.5	2037
<i>АРТ було призначено в період 2 - 6 місяці(в) після встановлення діагнозу ТБ</i>	1.4.6	193

Таблиця 3000. Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які інфіковані вірусами гепатитів В та С

ВІЛ-інфіковані особи	Номер рядка	Кількість ВІЛ-інфікованих осіб
Інфікованих вірусом гепатиту С за результатами скринінгових досліджень станом на кінець звітного періоду	1	30861
Розпочали етіотропне лікування гепатиту С протягом звітного року	2	1349
Продовжують лікувати вірусний гепатит С станом на кінець звітного періоду	3	379
Інфікованих вірусом гепатиту В за результатами скринінгових досліджень станом на кінець звітного періоду	4	5247
з них з ко-інфекцією ВГС та ВГВ	4.1	3461
Інфікованих ВГВ, які отримують тенофовірмісні схеми АРТ станом на кінець звітного періоду	5	5111

**Регіональні показники МіО**

Номер та назва показника	Базове значення показника (рік)	Цільове значення показника		Використання показника для МіО регіональних
		2016 рік	2018 рік	
<b>Показник № 14.</b> Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами	196 460 (2013)	164 099	154 400	Обов'язковий показник
<b>Показник № 15.</b> Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами	37 394 (2013)	33 056	36 000	Обов'язковий показник
<b>Показник № 16.</b> Кількість чоловіків, які мають секс із чоловіками, охоплених профілактичними програмами	21 988 (2013)	37 000	49 000	Обов'язковий показник
<b>Показник № 17.</b> Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ	61,6% (2012)	90,0%	100,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 18.</b> Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається	48,0% (2012)	Не визначається	70,0%	Необов'язковий показник
<b>Показник № 19.</b> Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція	44,2% (2013)	40,0%	37,0%	Обов'язковий показник

Номер та назва показника	Базове значення показника (рік)	Цільове значення показника		Використання показника для МіО регіональних Програм
		2016 рік	2018 рік	
<b>Показник № 20.</b> Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року, серед загального	74,9% (2013)	80,0%	85,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 21.</b> Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами з догляду та підтримки	Дорослі - 55,3% Діти - 82,8%	Дорослі - 80,0% Діти - 90,0%	Дорослі - 100,0% Діти - 100,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 22.</b> Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ	55 784 (2013)	105 748	118240	Обов'язковий показник
<b>Показник № 23.</b> Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей	89,6% (2013)	99,0%	100,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 24.</b> Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її по-	86,7% (2013)	85,0%	86,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 25.</b> Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування	64,6% (2013)	55,0%	70,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 26.</b> Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з коінфекцією ВІЛ/ТБ	5,6 на 100 тис. нас. (2013)	4,5 на 100 тис. нас.	3,0 на 100 тис. нас.	Обов'язковий показник
<b>Показник № 27.</b> Відсоток осіб з опієюдною залежністю, які отримують замісну	17,0% (2013)	20,0%	35,0%	Обов'язковий показник
<b>Показник № 28.</b> Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ	85,3 (2012)	Зниження на 20% від базового значення	Зниження на 50% від базового значення	Необов'язковий показник