

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет  
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Навчально-науковий інститут фінансів, економіки, управління та права  
Кафедра публічного управління, адміністрування та права

**Кваліфікаційна магістерська робота**

тема: «Державні механізми стабілізації процесу розповсюдження ВІЛ-  
інфекції/СНІДу в Україні»

**Виконала:**

студентка групи 1м – ПУ спеціальності 281  
«Публічне управління та адміністрування»

\_\_\_\_\_ Т.С.Кириченко

**Науковий керівник:**

доцент кафедри публічного управління,  
адміністрування та права, кандидат  
юридичних наук

\_\_\_\_\_ О.О. Скрильник

Полтава – 2021 рік

**Бібліографічний опис:** Кириченко Тетяна Станіславівна. Державні механізми стабілізації процесу розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні. Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування». Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Навчально-науковий інститут фінансів, економіки, управління та права. Кафедра публічного управління, адміністрування та права. Науковий керівник: Скрильник Олена Олександрівна, кандидат юридичних, доцент кафедри публічного управління, адміністрування та права. Полтава. 2021 рік.

**Зміст роботи:** робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел, додатків.

**Анотація.** У даній роботі епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні розглянута як глобальна проблема, яка виникає з конкретної соціально-економічної і культурної ситуацій та безпосередньо впливає на якість життя суспільства. Проведено аналіз соціально-економічного та культурного контекстів, на тлі яких виникли і розвивається епідемія ВІЛ-інфекції і СНІДу в Україні; стан досягнення цілей 90-90-90 щодо протидії ВІЛ в Україні на сучасному етапі; охарактеризовано стан забезпечення населення України медичними послугами щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції в умовах реформи охорони здоров'я через Національну службу здоров'я; проаналізовано основні принципи державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні; запропоновано напрями удосконалення організаційної структури механізму державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні та заходи по стабілізації процесу розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на державному та регіональному рівнях.

**Ключові слова:** Національна служба здоров'я України, медичні послуги, ВІЛ-інфекція, епідеміологічні характеристики, органи державної влади та місцевого самоврядування, організаційна структура, механізм державного управління, досягнення цілей 90-90-90, прекоунктна профілактика ВІЛ.

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРТ	-	антиретровірусна терапія
ВІЛ	-	вірус імунодефіциту людини
ГО	-	громадська організація
ДКТ	-	добровільне консультування та тестування
ЖКС	-	жінки комерційного сексу
ЗМІ	-	засоби масової інформації
ЗОЗ	-	закладів охорони здоров'я
ЛЖВ	-	люди, що живуть з ВІЛ
СІН	-	споживачі ін'єкційних наркотиків
ХПСШ	-	хвороби, що передаються статевим шляхом
ЧСЧ	-	чоловіки, що мають секс з чоловіками
ГВ	-	гепатит В
ВООЗ	-	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
МШВД	-	міський шкірно-венерологічний диспансер
ІБ	-	іммуноблок
ІФА	-	іммуноферментний аналіз
ШВД	-	шкірно-венерологічний диспансер
ЮНЕЙДС	-	об'єднана Програма ООН по питанням ВІЛ/СНІДу
ЮНІСЕФ	-	Дитячий фонд об'єднаних Націй
НДО	-	недержавні організації
НУО	-	неурядові організації
ПКП	-	постконтактна профілактика
ПрЕП	-	преконтактна профілактика
ЛВІН	-	Люди, що вживають ін'єкційні наркотики

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ЧИННИКИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО РЕГІОНУ ВООЗ ТА УКРАЇНІ.....	9
1.1.    Епідеміологічні характеристики вперше встановлених діагнозів ВІЛ-інфекції та СНІДу в Європейському регіоні ВООЗ.....	9
1.2.    Досягнення цілей 90-90-90 в Україні на сучасному етапі.....	17
1.3.    Соціально економічні чинники та міграційний фактор епідемії, що впливають на поширення епідемії ВІЛ/СНІДу...	25
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ СТРАТЕГІЇ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ.....	43
2.1.    Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні.	43
2.2.    Трансформація системи охорони здоров'я України через Національну службу здоров'я та стан забезпечення населення України медичними послугами щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції .....	54
2.3.    Основні принципи державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні до 2030 р.....	71
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В УКРАЇНІ.....	95
3.1.    Розвиток громадянського суспільства та міжсекторального підходу до формування системи протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД.....	95
3.2.    Стандартизування процедури призначення прекоунктної профілактики для людей, що належать до групи високого ризику інфікування ВІЛ, у якості складової комбінованих заходів з попередження ВІЛ.	111
3.3.    Удосконалення організаційної структури механізму державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні.....	118
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ.....	131
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	137
ДОДАТКИ .....	148

## ВСТУП

Провідне місце серед проблем охорони здоров'я багатьох країн світу займає ВІЛ-інфекція [5]. Надзвичайна складність структури епідемічного процесу і багатофакторність його розвитку зумовлюють характерні відмінності цієї інфекції. На сьогодні ВООЗ і Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу характеризують ситуацію з ВІЛ-інфекції/СНІДу в світі як пандемію, що має катастрофічні демографічні наслідки для всіх країн. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи [6].

Сучасний стан розвитку епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні характеризується широким поширенням ВІЛ серед різних контингентів населення, в першу чергу серед осіб, які відносяться до груп високого ризику інфікування; нерівномірним поширенням ВІЛ-інфекції по різних територіях України; зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ; переважним ураженням осіб працездатного віку [3-6]. Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) - особливо небезпечна інфекційна хвороба, що викликається вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ) і через відсутність у даний час специфічних методів профілактики та ефективних методів лікування призводить до смерті. Масове розповсюдження цієї хвороби в усьому світі та в Україні створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці, спричиняє важкі соціально-економічні та демографічні наслідки, що зумовлює необхідність вжиття спеціальних заходів щодо захисту прав і законних інтересів громадян та суспільства.

Поширення соціально небезпечних хвороб в умовах глобалізованого світу не є проблемою окремої держави. Це пов'язано з багатьма іншими проблемами - соціальними, економічними, навіть з політичними та міждержавними відносинами.

*Актуальним* є питання про необхідність зміни філософії державного управління у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб і, насамперед, світогляду державних осіб, що приймають управлінські рішення. Цей світогляд

має бути спрямований на формування та розвиток таких відносин між державою і суспільством, які були б здатні сформувати ефективну модель національної відповіді на виклики сучасних епідемій.

*Мета дослідження:* удосконалення надання медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію на основі розробки та впровадження якісно нової функціонально-організаційної системи міжсекторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні.

*Завдання дослідження:*

Для досягнення мети були вирішені наступні завдання:

- дослідити динаміку основних показників епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Європейському регіоні ВООЗ;
- проаналізувати стан досягнення цілей 90-90-90 щодо протидії ВІЛ в Україні на сучасному етапі;
- дослідити внесок різних чинників соціально - економічного характеру, що впливають на поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні;
- дослідити динаміку основних показників епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні та визначити стан організації протидії розповсюдженню ВІЛ-інфекції органами системи охорони здоров'я;
- проаналізувати стан забезпечення населення України медичними послугами щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції в умовах трансформації системи охорони здоров'я України через Національну службу здоров'я;
- встановити внесок різних структур державного ( державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні до 2030 р) та недержавного сектору у протидію епідемії ВІЛ-інфекції;
- виявити шляхи удосконалення запобігання поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні;
- запропонувати заходи по стабілізації процесу розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на державному рівні, зокрема

стандартизувати процедуру надання послуги доконтактної профілактики ВІЛ-інфекції в лікувальному закладі;

- запропонувати напрямки удосконалення організаційної структури механізму державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні.

*Об'єктом* дослідження є суспільні відносини в сфері охорони здоров'я в питаннях протидії поширенню епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

*Предметом* дослідження є державні механізми стабілізації епідемічного процесу розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні.

У даній роботі епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні розглянута як мультидисциплінарна проблема, яка виникає з конкретної соціально-економічної і культурної ситуацій та безпосередньо впливає на якість життя суспільства. Проведено аналіз соціально-економічного та культурного контекстів, на тлі яких виникли і розвивається епідемія ВІЛ-інфекції і СНІДу в Україні.

Для вирішення поставлених в роботі завдань використані наступні *методи наукових досліджень*: статистичний, інформаційно-аналітичний, а також безпосереднє опрацювання літературних джерел та інтернет-ресурсів.

Матеріалами для аналізу динаміки основних показників епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в Україні були дані річних звітних статистичних форм МОЗ України, т.ч. форма звітності № 2 – ВІЛ/СНІД “Звіт про осіб із станами та хворобами, що зумовлені ВІЛ” (річна) й форми первинної облікової документації: №502-1/о “Реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи”; № 502-2/о “Повідомлення про зміни в реєстраційній карті ВІЛ-інфікованої особи”; № 025/о — “Медична карта амбулаторного хворого ”. Кількісні виміри змін в показниках оцінювали шляхом обчислення середнього значення темпу приросту/зниження захворюваності – процентного відношення між абсолютним приростом показника даного періоду та абсолютним рівнем попереднього

періоду за 2010-2020 рр. Ретроспективний епідеміологічний аналіз проводився згідно з методикою, викладеною у навчально-методичних посібниках (Б.Л. Черкаський, 2001; Ю.Д. Гоц, 2002).

*Практичне значення* роботи полягає у використанні виявлених можливостей які допоможуть створити продуктивні партнерські стосунки як у державному секторі, так і серед недержавних організацій, а також безпосередньо між ними, в контексті подолання епідемій ВІЛ/СНІДу в нашій країні.

## РОЗДІЛ 1

### ОСНОВНІ ЧИННИКИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО РЕГІОНУ ВООЗ ТА УКРАЇНІ.

#### 1.1. Епідеміологічні характеристики вперше встановлених діагнозів ВІЛ-інфекції та СНІДу в Європейському регіоні ВООЗ

Стабільне зростання темпів поширення епідемії ВІЛ у Східній Європі турбує ВООЗ. Прогрес щодо зниження захворюваності на ВІЛ у західній частині Європи показує як забезпечення контролю над епідемією ВІЛ/СНІД є реальним через вчасно вжиті заходи та систематичну діяльність. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією з найтяжчих серед країн Східної Європи [1-4, 30].

Темпи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції продовжують зростати у Російській Федерації, Україні, країнах Балтії та інших, де 1% населення має ВІЛ-інфекцію – це концентрована стадія епідемії, переважно у групах ризику. У світі ВІЛ/СНІД займає четверте місце серед причин смертності серед людей молодого віку [1-6, 24].

Епідемія ВІЛ-інфекції розпочалася в нашій країні у 1995 році, коли вірус потрапив у середовище СІН. До 1994 рр. в Україні реєструвалися поодинокі випадки захворювання ВІЛ, джерелом якого були переважно іноземні студенти. З 1995 року поширення ВІЛ набуло характеру епідемії, яка становить загрозу розвитку нашого суспільства, а темпи епідемії є найвищими в Європі [1-6].

Ефективні засоби профілактики ВІЛ-інфекції сприяють зменшенню інфікування ВІЛ в Європі, але рівень виявлення нових випадків ВІЛ залишається високим. Так, у 2020 році показник захворюваності на ВІЛ склав 16,2 на 100 тис. населення у 50 з 53 країн Європи –141,6 тисяч нових випадків ВІЛ-інфекції (рис.1.1). Варто зазначити, що показник захворюваності на ВІЛ знижується на Заході, та відбувається поступова стабілізація його на Сході Європи з 2019 р. Але, протягом останніх 10 років загалом в Європі кількість

людей з вперше виявленою ВІЛ-інфекцією збільшилася на 22%. Тобто, на сучасному етапі епідеміологічного процесу кількість людей, які інфіковані ВІЛ, перевищує кількість офіційно зареєстрованих випадків. Це означає, що зростає число людей, що живуть з недіагностованою ВІЛ-інфекцією.

ПОКАЗНИКИ	РЕГІОН ВООЗ	ЗАХІД	ЦЕНТР	СХІД
Число вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції	141 552	23 483	6 519	111 550
Частота випадків ВІЛ-інфекції на 100 000 населення	16,2	6,0	3,3	44,8
Відсоток випадків у віковій групі 15-24 років	8,8	10,3	13,5	6,0
Відсоток випадків у віковій групі 50 років і старше	17,5	21,4	14,8	14,6
Співвідношення чоловіки / жінки	1,8	2,9	5,6	1,6
<b>ШЛЯХИ ІНФІКУВАННЯ, %</b>				
Статеві контакти між чоловіками	22,6	40,7	28,3	4,4
Гетеросексуальна передача (чоловіки)	25,9	15,8	20,5	36,6
Гетеросексуальна передача (жінки)	23,8	18,0	7,5	33,4
Вживання ін'єкційних наркотиків	11,8	3,1	2,5	22,1
Передача ВІЛ від матері до дитини	0,6	0,7	0,4	0,6
Невідомий	15,0	21,2	40,7	2,8
<b>СНІД ТА ПІЗНЯ ДІАГНОСТИКА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ</b>				
Відсоток випадків ВІЛ-інфекції з CD4 <350 кл / мм <sup>3</sup>	52,8	48,8	54,6	55,5
Число нових випадків СНІДу	14 227	2 549	857	10 821
Частота нових випадків СНІДу на 100 000 населення	2,0	0,6	0,4	10,5

Рис. 1.1 – Епідеміологічні характеристики вперше виявлених випадків ВІЛ/СНІДу в Європейському регіоні протягом 2020 р [6]

Близько 80% вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції виявлено на Сході, 16 % - в Західній Європі, та 5% - в Центральній (рис.1.2). Таким чином, географічний розподіл нових випадків ВІЛ-інфекції вказує на те, Східний регіон Європи найбільш уражений ВІЛ-інфекцією, зокрема найвищі показники зареєстрованих нових випадків ВІЛ у 2020 році на 100 тис. населення спостерігалися в Російській Федерації (59,0), Україні (37,3), Білорусі (25,2) і Молдові (22,3), а найнижчі - в Боснії і Герцеговині (0,8) та Словенії (1,7).

За останні десять років показники вперше діагностованих випадків ВІЛ-інфекції у Європі збільшилися на 14% - з 118,5 до 141,6 тисяч випадків у 2009 - 2019 рр відповідно. Дане зростання випадків вперше діагностовано ВІЛ-

інфекції зумовлене збільшенням даного показника у Східному регіоні Європи, який зріс втричі – з 85,0 до 111,6 тисяч випадків за даний період. У центральній Європі даний показник зріс у 2 рази, в той час як у Західній Європі він знизився на 23%.

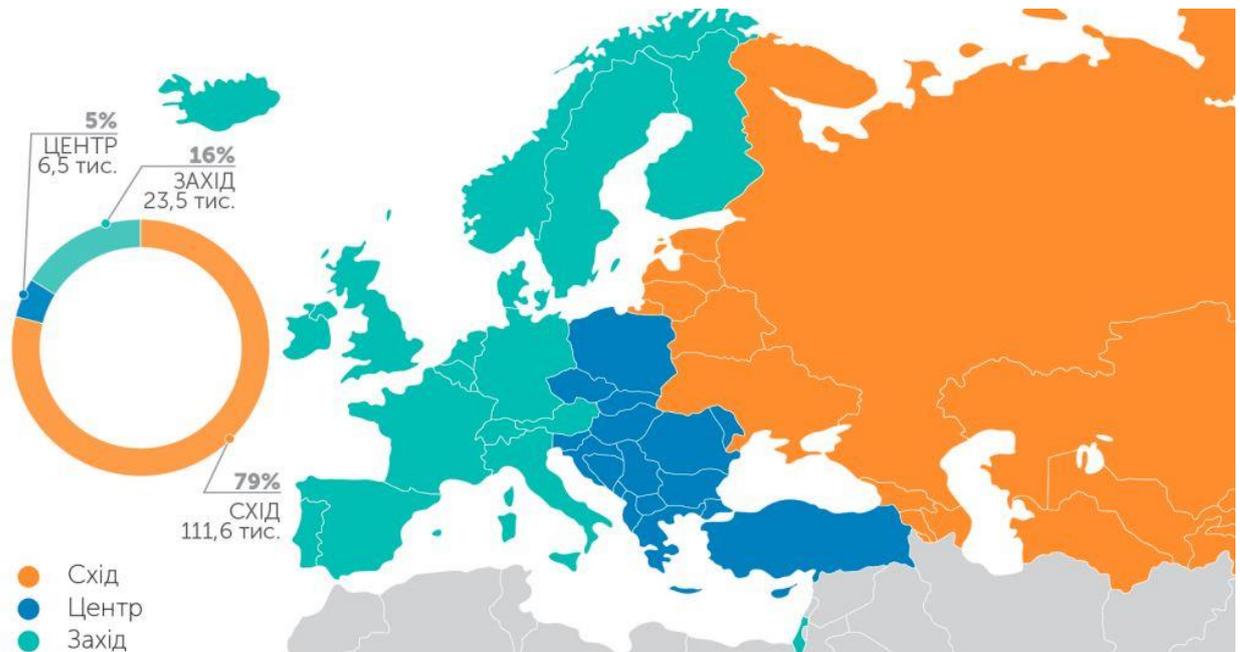


Рис.1.2 – Вперше зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції в країнах Європи у 2019р (за даними ECDC/WHO, 2019) [6]

На різних територіях Європи шляхи передачі ВІЛ-інфекції відрізняються один від одного. Це вказує на неоднорідність епідемічної ситуації в Європі. Домінуючий шлях передачі ВІЛ в країнах Європейського союзу є статевий контакт серед чоловіків, що практикують секс з чоловіками, а у Східній Європі – статевий шлях передачі ВІЛ (гетеросексуальний) та через споживання ін'єкційних наркотиків (рис. 1.3).

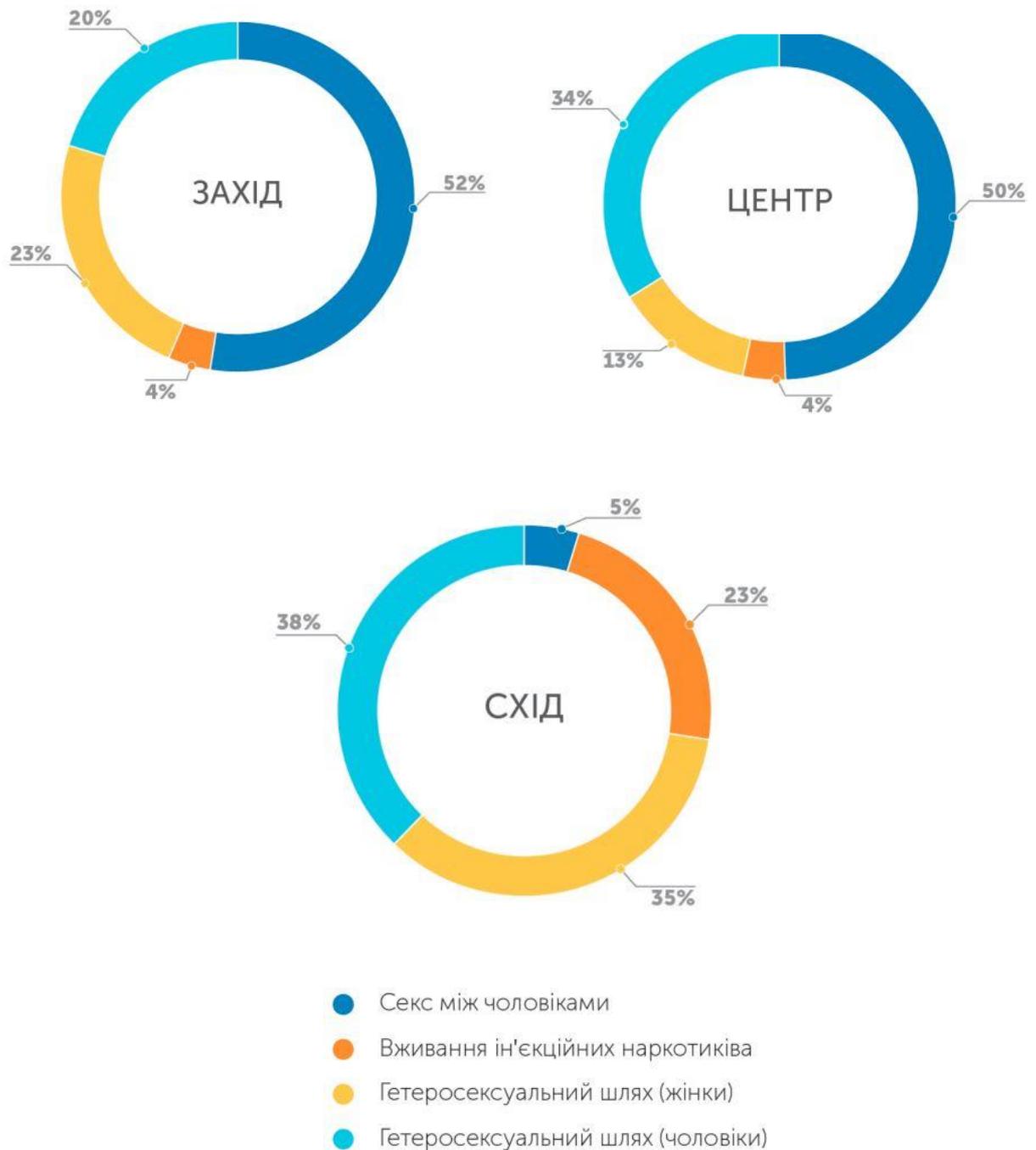


Рис. 1.3 – Порівняльна характеристика шляхів передачі ВІЛ серед різних регіонів Європи у 2020р [6]

Серйозною проблемою в Європі є пізня діагностика ВІЛ-інфекції, яка потребує невідкладного вирішення. Майже в 50 країнах Європейського регіону у 2018 р. було зареєстровано 14,2 тисячі нових випадків СНІДу, показник склав 2,0 на 100 тисяч населення. Нові випадки СНІДу протягом 2009-2019рр були

стабільними та склали 0,4 на 100 тис. населення для Центральної Європи, даний показник зменшився в Західній Європі з 1,6 до 0,6 на 100 тисяч населення протягом 2009-2019 рр. Звертає на себе увагу, збільшення вдвічі показника захворюваності на СНІД в Східній Європі з 6,0 до 11,0 на 100 тисяч населення протягом даного періоду.

Найвищий показник захворюваності на СНІД реєструється в Україні та складає 20,9 на 100 тисяч населення. Таким чином, збільшення числа нових випадків ВІЛ-інфекції має місце в половині країн Європейського регіону ВООЗ. Особливої уваги заслуговує Східна Європа, куди відноситься Україна, де відбувається стійке зростання нових випадків ВІЛ-інфекції, пов'язаних з гетеро статевим шляхом передачі збудника.

У Європі має місце пізня діагностика ВІЛ-інфекції, що складає 53%, що в результаті підвищує ризик розвитку СНІДу, смертності, зумовленою ВІЛ, та подальшого поширення ВІЛ-інфекції.

Велика кількість нових випадків ВІЛ відбувається через вживання ін'єкційних наркотиків, а тому державна політика протидії ВІЛ-інфекції має бути спрямована на дану групу населення, яка є однією з ключових у розповсюдженні ВІЛ особливо в Східній Європі та передбачає широке охоплення програмами зниження шкоди для даної категорії пацієнтів. Вирішальне значення для моніторингу ситуації та прийняття службами охорони здоров'я інформованих рішень щодо своєчасних і ефективних заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Європейському регіоні ВООЗ є епіднадгляд за ВІЛ-інфекцією та вчасне повідомлення епідеміологічних даних на рівні Європи для досягнення цілей «90-90-90», коли 90% ВІЛ-інфікованих знають про свій діагноз, 90% з них - отримують лікування, а 90% цих людей мають не визначальний рівень вірусного навантаження ВІЛ.

Проблема ВІЛ-інфекції багатовекторна та має вплив не тільки на медичні, а й на демографічні та соціально-економічні аспекти суспільства.

Незважаючи на скоординовану роботу державних та комунальних установ і закладів, громадських об'єднань, благодійних організацій та міжнародних партнерів, Україна все ще залишається регіоном з високим рівнем поширення ВІЛ.

В різних країнах світу проводяться широкомасштабні програми боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції, які включають просвітницькі заходи, доступ до послуг з консультування та тестування, лікування та догляду [24,32]. Значна робота проводиться з попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та з подолання стигми і дискримінації до ЛЖВ [6, 32].

В Україні діючими в кожному регіоні центрами СНІДу налагоджена робота з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; медико-соціального супроводу пацієнтів, які отримують антиретровірусну терапію на основі мультидисциплінарного підходу [44]; надання замісної підтримуючої терапії для людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків [46,47]; організована і координується робота з надання допомоги пацієнтам з поєднаною патологією ВІЛ-інфекція/туберкульоз, ВІЛ-інфекція/вірусні гепатити В і С [49]; створена якісна система надання послуг з до- та після- тестового консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію [48], тощо.

З метою забезпечення більш доступної при забезпеченні повної конфіденційності інформації медичної допомоги з первинного обстеження населення за його бажанням створена система кабінетів «Довіри» [102-104].

Фахівцями центрів СНІДу впроваджується інтегрований підхід щодо забезпечення доступу представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ до профілактичних послуг. На базі центрів СНІДу створені мобільні амбулаторії, які на постійній основі здійснюють профілактичну роботу серед груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ: робітників комерційного сексу, чоловіків, які мають секс з чоловіками, споживачів ін'єкційних наркотиків. Фахівцями центрів СНІДу забезпечується доступ ВІЛ-дискордантних пар до допоміжних репродуктивних технологій [46,91].

Таким чином можна говорити про те, що медична допомога з ВІЛ/СНІД зконцентрована на регіональному рівні, що ускладнює її доступність для ЛЖВ, які проживають в сільській місцевості та віддалених від обласних центрів містах.

За даними проведеного в рамках Проекту «Реформа ВІЛ послуг у дії» [58] у закладах ДРТ втрачається 14% пацієнтів, незалежно від того, належать вони до загального населення чи уразливих груп.

Неурядові організації в рамках аутріч-роботи проводять тестування серед уразливих груп населення і надають дані по кожній ланці каскаду послуг. За отриманими даними 42% пацієнтів, обстежених НУО, з підтвердженим діагнозом, не доходять до закладів охорони здоров'я з найвищим рівнем серед СІН – 45%.

В цілому в існуючій системі надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в Україні 25% зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів і 49% від оціночної кількості ВІЛ-позитивних осіб втрачаються для системи диспансерного нагляду, чого могло не бути при залученні до процесу диспансеризації ВІЛ-інфікованих сімейними лікарями.

За результатами дослідження були зроблені висновки, що державні органи охорони здоров'я повинні вжити негайних заходів для забезпечення належних протоколів надання медичних послуг і моніторингу перенаправлення пацієнтів по всьому каскаду послуг.

Далі, за результатами дослідження Проект «Реформа ВІЛ послуг у дії» оголошено два гранти на розробку модулів навчальної програми «Інфекційні хвороби» та «Первинна медико-санітарна допомога». Метою даних грантів є інституційна підтримка ВМНЗ з питань підготовки сімейних лікарів та лікарів-інфекціоністів до надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу [32,63].

Також було здійснено огляд світового досвіду інтеграції медичних послуг з ВІЛ/СНІДу у первинну медичну допомогу з орієнтацією на розширення

повноважень сімейних лікарів в рамках Проекту розвитку ВІЛ/СНІД сервісу в Україні, що фінансується USAID [6, 32, 46].

На можливість інтеграції послуг з ВІЛ/СНІД на первинний рівень медичної допомоги в Україні, вказують матеріали щодо інтеграції послуг з профілактики ВІЛ-інфекції в США, які підготовлені Департаментом політики в галузі охорони здоров'я, центром дослідження служб охорони здоров'я і політики, школою громадського здоров'я та охорони здоров'я Університету Джорджа Вашингтона [32].

Перше проведене в Україні дослідження щодо вивчення експертної думки щодо шляхів перетворень у системі надання допомоги пацієнтам з ВІЛ-інфекцією в рамках започаткованих реформ, спрямованих на зміцнення системи охорони здоров'я в Україні проведене в 2014 році [32, 34]. За результатами дослідження більшість експертів вважає доцільність в рамках реформування національної охорони здоров'я інтеграцію ВІЛ-сервісних послуг в систему надання загально медичної допомоги. При цьому експерти із числа спеціалізованих служб є більш обережними в своєму рішенні і надають перевагу більш частковій інтеграції.

Державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальним напрямом державної соціальної політики [14]. В Україні державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу представляє собою еластичну і мобільну ланку системи Національної відповіді як сукупність загально-профілактичних та спеціальних програм, реалізованих, виходячи з потреб епідеміологічної ситуації, мережі багатофункціональних установ, органів управління й підвідомчих їм організацій, що провадять свою діяльність шляхом прийняття різноманітних управлінських рішень на основі міжвідомчої, міжсекторальної взаємодії та раціонального розподілу повноважень між суб'єктами управління. Державно-громадська співпраця у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні перебуває в стадії свого становлення [15,16]. Проте необхідність співпраці всіх її суб'єктів для формування та реалізації

ефективної політики щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на сьогодні є очевидною.

Міжнародні рекомендації щодо протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні орієнтують на застосування комплексного підходу для планування заходів зі створення сприятливого середовища, розробку спеціальних стратегій для забезпечення більш активної участі організацій громадянського суспільства, а також осіб, що входять у групи ризику чи постраждали від ВІЛ/СНІДу, з метою забезпечення ефективної державної політики у даній сфері (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДу). Необхідними є спільні заходи у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, які плануються всіма суб'єктами державно-громадської співпраці, спрямовані на вирішення проблем протидії епідемії СНІДу і проводяться на глобальному, національному, обласному та місцевому рівнях [34].

## **1.2. Досягнення цілей 90-90-90 в Україні на сучасному етапі**

Сьогодні реформування системи охорони здоров'я України відображає готовність Уряду України покращувати стан здоров'я населення, зокрема в контексті протидії ВІЛ/СНІДу. Глобальна мета боротьби «90-90-90» полягала в тому, щоб до 2020 року 90% ВІЛ-інфікованих знали про свій діагноз, 90% з них - отримали лікування, а 90% цих людей мали понижене вірусне навантаження. У 2019 році ситуація з досягненням даного показника: 68% осіб від оціночної чисельності ЛЖВ в Україні знають свій статус: 169 787 осіб офіційно зареєстровані та перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ (рис.1.4). Станом на 01.11.2021 цілі досягнуто лише 71%–87%–94%. Але кожна третя людина з ВІЛ досі не знає свій статус, багато не звертаються за медичною допомогою, навіть знаючи ВІЛ-позитивний статус, і відповідно не отримують антиретровірусну терапію та є розповсюджувачами епідемії ВІЛ.

Спільна діяльність МОЗ спрямована, як на створення необхідної законодавчої бази, так і на вирішення конкретних проблем громадян, незалежно

від їхнього ВІЛ-статусу. Пріоритетні напрями діяльності МОЗ України у цьому контексті включають рівний доступ населення до лікувальних та профілактичних послуг, у тому числі представників груп підвищеного ризику.

Україна входить до 30 країн світу, успіхи і провали яких у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції мають вплив на всю глобальну відповідь на СНІД. Саме тому дуже важливим є те, щоб боротьба зі СНІДом залишалась серед національних пріоритетів. Розуміючи, що в умовах економічної кризи та військових дій на сході країни, гуманітарні питання виходять на передній план, тому досягнення і політична воля України у подоланні СНІДу до 2030 року є важливим для досягнення міжнародних зобов'язань викладених у Політичній декларації 2011 року.

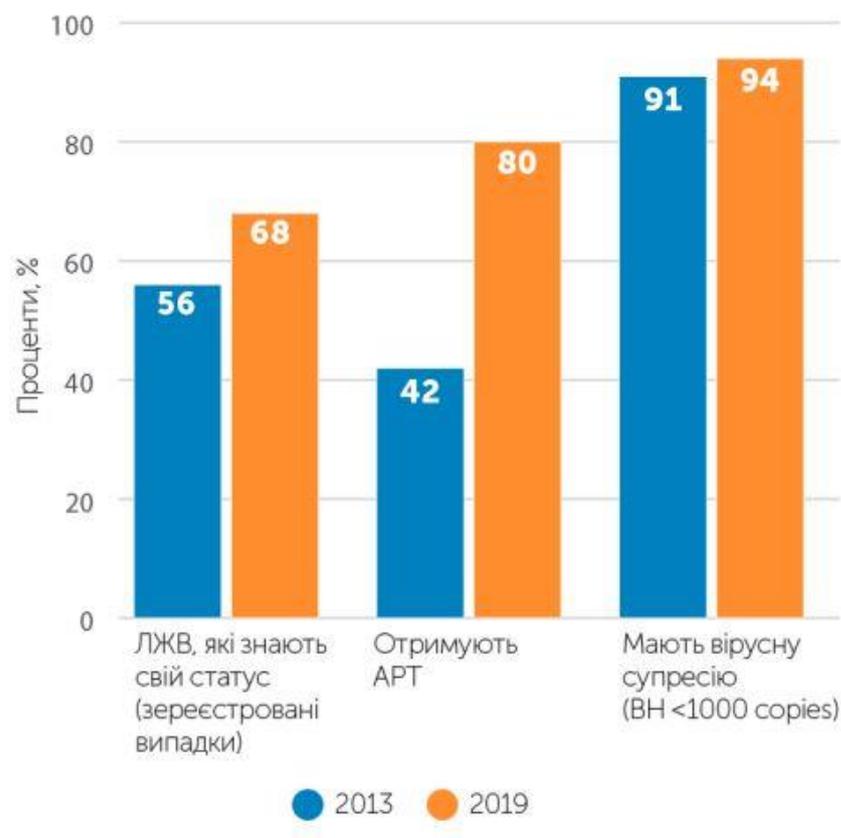


Рис.1.4 – Каскад діагностики та лікування ВІЛ-інфекції в Україні [6]

На сьогодні ключова роль у протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу відведена міжсекторальному стратегічному партнерству держави, донорів та громадянського суспільства.

В Україні створюється система громадського здоров'я як ресурс для національної безпеки, засіб, що дозволяє людям жити благополучним, продуктивним і якісним життям. Варто зазначити, що питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань.

Напрямки реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, схваленої розпорядженням КМУ від 30.11.2016 № 1002 р, зображені на рис.1.5.

Розвиток регіональної мережі є ключовою частиною розбудови системи громадського здоров'я. Головним напрямком для створення сталої мережі спроможних центрів громадського здоров'я є об'єднання регіональних структур, які працюють у секторі громадського здоров'я.



Рис.1.5 – Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 2.11.2018 № 2012 затверджено Примірний статут центру громадського здоров'я (обласного, м. Київ та м. Севастополь). Відповідно до цього документа предметом діяльності центру громадського здоров'я, зокрема, є зазначене в рис.1.6.

Щодо каскаду послуг – станом на 01.11.2021 87% осіб з числа ЛЖВ в Україні, які знають свій статус та перебувають під медичним наглядом, отримують АРТ – 136 105 осіб (рис. 1.7). Це є добрим результатом, оскільки за останні 5 років кількість ВІЛ-інфікованих, що приймають антиретровірусну терапію збільшилась вдвічі. Також 94% ВІЛ-позитивних осіб серед тих, хто отримує АРТ, досягли невизначуваного рівня ВН – 217 871 людина, що вказує на високий рівень прихильності до лікування та на зниження ризику передачі ВІЛ-інфекції (рис.1 7).



Рис.1.6 – Діяльність центру громадського здоров'я

При досягненні мети 90-90-90 щонайменше 73% ЛЖВ у всьому світі матимуть пригнічення вірусу (рис. 1.7)

Варто зазначити, що при досягненні цих цілей до 2020 року на – глобальному рівні можливо було б припинити епідемію СНІДу до 2030 року, а це покращило б здоров'я та економіку. Так, за підсумками 2019 року Україна має набагато кращий результат у порівнянні з країнами регіону СЄЦА і наблизилась до показника на глобальному рівні – 51% (рис 1.7).

Результати перспективного прогнозування в Україні свідчать, що у разі досягнення рівня охоплення АРТ 90% ЛЖВ, кількість нових випадків інфікування ВІЛ впродовж наступних п'яти років знизиться в 1,7 рази.

Отже, позитивний ефект АРТ попереджує смертність від СНІДу. Зменшення ускладнень внаслідок СНІДу та збільшення тривалості і якості життя ЛЖВ можливо за умови ранньої діагностики ВІЛ-інфекції. У поєднанні із заходами профілактики, такими як програмами зменшення шкоди серед ключових груп, можна суттєво змінити хід епідемії в бік зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та припинення смертей від СНІДу.

Конституцією України визначено право кожного громадянина країни на медичну допомогу [25]. Конституційне право на медичну допомогу визначає, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм. При цьому держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Необхідно зазначити, що право на охорону здоров'я є забезпеченням відповідного життєвого рівня населення. В Основах законодавства України про охорону здоров'я закріплено низку принципів її надання [46-49]. До основних принципів національної системи охорони здоров'я відносяться: визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямком діяльності суспільства та держави та одним із головних факторів виживання та розвитку народу України; додержання прав і свобод людини та громадянина в галузі охорони здоров'я і забезпечення пов'язаних з ними

державних гарантій; загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я і медичну допомогу, поєднання вітчизняних традицій і досягнень зі світовим досвідом у галузі охорони здоров'я; децентралізація державного управління, розвиток самоуправління та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній підставах.

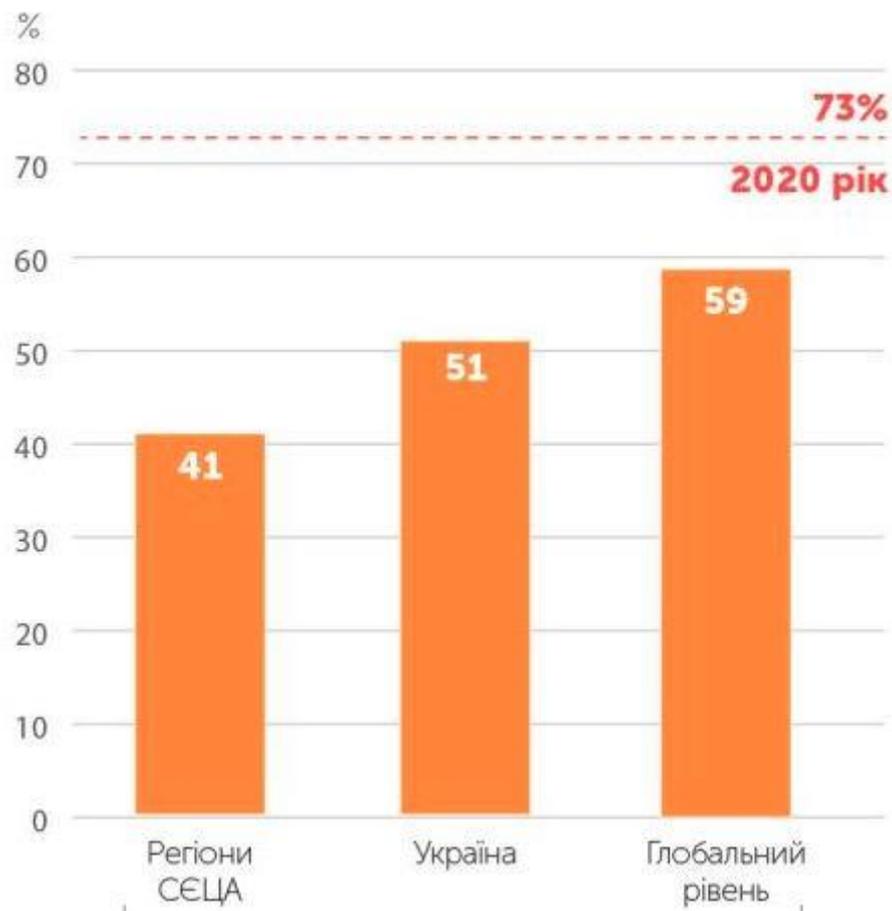


Рис.1.7 – Глобальна мета ЮНЕЙДС «До 2020 року 73% усіх ЛЖВ з не визначальним рівнем ВІЛ», станом на 2019 р (побудовано автором на основі [6])

Реалізацію державної політики в охороні здоров'я здійснюють органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування. Дане визначено ст.26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [58]. Правовим підґрунтям для децентралізації послуг з ВІЛ/СНІДу являються окремі

положення наказу МОЗ України від 01.03.2005 р. №99 «Про затвердження Примірного положення про центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» згідно яких на обласний рівень покладається наступна сфера відповідальності, яка тісно переплітається з діяльністю первинного рівня надання медичної допомоги:

- проведення навчання медичних кадрів закладів охорони здоров'я з профілактики ВІЛ-інфекції, туберкульозу та інших соціально-небезпечних хвороб;

- здійснення інформаційно-просвітницьких заходів щодо подолання дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб;

- впровадження інформаційно-просвітницьких заходів, спрямованих на зменшення інфікування ВІЛ, туберкульозом та іншими соціально-небезпечними хворобами серед різних верств населення, зосереджуючи увагу на уразливих групах.

Наказом МОЗ України від 25.02.2008 р. №102 «Про функціонування кабінетів «Довіра» (zareєстровано Міністерством юстиції за №220/14911 від 19.03.2008 р.), 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 та представники первинної ланки надання медичної допомоги – сектору в охороні здоров'я, куди передбачається інтегрувати (децентралізувати) медичну допомогу з ВІЛ [34].

Суттєвою основою для децентралізації медичних послуг з ВІЛ/СНІДу є реформа, яка наразі проводиться в системі охорони здоров'я України. Законом України від 07.06.2011 року №3611-УІ «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» передбачено з 2020 року надання первинної медичної допомоги виключно на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

В ході проведення пілотного відпрацювання реформи в пілотних регіонах: Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві пріоритетом було розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги, створення Центрів ПМСД в якості юридичних осіб, до складу яких входять дільничні підрозділи поліклінік та лікарень з створенням установ первинної медичної допомоги у вигляді амбулаторій загальної практики-сімейної медицини та їх оснащенням відповідно до табелів оснащення, які затверджені МОЗ України.

Важливими векторами реформи стає перехід від:

- стаціонарної допомоги до амбулаторної;
- спеціалізованої допомоги до загальної;
- обсягу медичної допомоги до її якості;
- збільшення кількості лікарів до підвищення ефективності їх діяльності;

– лікування хвороб до їх профілактики.

Але в даних умовах важливий напрямок медичної допомоги, який пов'язаний з ВІЛ-інфекцією в тому числі ВІЛ-інфіковані особи та хворі на СНІД випадають з під зору системи, що не забезпечує комплексність медичної допомоги, яка передбачається принципом загальної лікарської практики [34].

Враховуючи існуючу в Україні ситуацію, за висновками проекту RESPOND, який проводився в п'яти пілотних регіонах країни з міркувань просторової доступності медичних послуг у сфері медичних ВІЛ-послуг, є необхідність подальшої децентралізації послуг ЗПТ та АРТ [34].

У сфері протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, децентралізація медичної допомоги – це передача (делегування) значної кількості повноважень і ресурсів на нижчі рівні включаючи первинну медико-санітарну допомогу. В результаті даного процесу кожний рівень надання медичної допомоги здатний самостійно визначати перелік та обсяг необхідних втручань і послуг. Децентралізація медичних послуг з ВІЛ/СНІДу може бути визначеною як розподіл відповідальності щодо організації процесу надання послуг з профілактики розповсюдження ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ на різних рівнях надання медичної допомоги. При цьому на первинному рівні надання медичної допомоги для ЛЖВ забезпечуються загальні (основні) послуги, тоді як більш складні надаються на більш високих рівнях [34].

### **1.3. Соціально економічні чинники та міграційний фактор епідемії, що впливають на поширення епідемії ВІЛ/СНІДу**

В Україні спостерігається глибока і затяжна соціальна-економічна криза, яка зумовила падіння життєвого рівня. Реальні доходи населення знижуються, продовжується несвоєчасна виплата заробітної плати, пенсій, соціальних виплат. Сільське населення живе в основному за рахунок особистого підсобного господарства. Зростає рівень офіційно зареєстрованого і прихованого безробіття. Біля третини населення знаходиться за межею

малозабезпеченості. Як результат, демографічним процесам притаманні особливості, що сприяють підвищенню сприйнятливості до ВІЛ-інфекції і втрат від епідемії на макро і мікрорівнях.

Демографічна ситуація набуває кризового характеру: відбувається підвищення смертності і зниження середньої тривалості життя, падіння народжуваності, депопуляція, посилення постаріння населення, зменшення демовідтворювального потенціалу вікової структури, погіршення якісних характеристик населення, зокрема - здоров'я. Ослаблення ролі шлюбу як засобу забезпечення стійкості статевих стосунків, зниження шлюбності і підвищення розлучності призвело до негативних змін у сімейній структурі населення, зокрема - до збільшення чисельності неповних сімей.

Інтенсивна міграційна рухливість населення сприяє розповсюдженню ВІЛ-інфекції. Нелегальні мігранти і біженці часто ведуть антисоціальний спосіб життя і, відповідно, можуть бути потенціальними «розповсюджувачами» інфекційних хвороб, зокрема ВІЛ-інфекції. Зниження рівня життя населення спричиняє трудову міграцію, а також виїзди до інших країн з метою секс-бізнесу, що збільшує ризик інфікування.

Зростає напруженість у формуванні матеріальної бази сімей: значна частина сукупного доходу сім'ї витрачається на харчування; витрати на непродовольчі товари не відповідають нормативам; витрати на медичні препарати знаходяться на надзвичайно низькому рівні. Більшість сімей у випадках захворювання займається самолікуванням.

Кризовий стан системи охорони здоров'я пов'язаний з тим, що рівень бюджетного забезпечення потреб на охорону здоров'я становить менше ніж половину від належного. Незавершеність реформування системи охорони здоров'я зумовлює невизначеність обов'язкового обсягу безплатної медичної допомоги, внаслідок чого зменшується звернення до лікувально-профілактичних установ, особливо у легких випадках захворювання.

Платна і приватна медицина у сучасних економічних умовах не можуть компенсувати зниження можливостей державної медицини у забезпеченні лікувальних потреб населення. Витрати на платну медицину не закладені в формуванні оплати праці, в результаті послуги платної медицини недоступні за ціною для більшості населення.

Скорочення медичної допомоги за рахунок державних коштів передусім відбилась на рівні лікувальної діагностичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД.

Поширення ВІЛ-інфекції відбувається на тлі збільшення кількості споживачів наркотиків та високого рівня інфекційної захворюваності, в тому числі захворювань, що передаються статевим шляхом і туберкульозу.

ВІЛ-інфекція вже постала проблемою для військових формувань. Особовий склад цих формувань здебільшого складає молодь, у тому числі призвана на службу з регіонів високого рівня поширеності ВІЛ-інфекції. Все частіше зустрічаються споживачі наркотиків серед військовослужбовців. Використання молоді нового призову в якості донорів без належного передтестового консультування небезпечно щодо передачі ВІЛ з донорською кров'ю.

Збільшення кількості ВІЛ-інфікованих в країні позначилось на чисельності таких осіб у пенітенціарній системі. Якщо за 1987-1994 роки в установах виконання покарань було виявлено одиничні випадки ВІЛ-інфекції, то за останні роки їх кількість значно виросла. Особливості утримання засуджених, велика кількість ін'єкційних наркоманів серед них, ситуаційна зміна сексуальної поведінки (ЧСЧ), відсутність коштів у адміністрації установ та самих засуджених на придбання профілактичних засобів, погіршення харчування та відсутність можливості отримання адекватного лікування посилює сприйнятливність та уразливість цих контингентів.

Обізнаність населення про існування епідемії ВІЛ/СНІДу (85% громадян віком 15 років і старше мають деяку інформацію), знання з цієї проблеми є

вельми поверховими, а уявлення значної кількості громадян щодо можливих шляхів інфікування, захворювання та його запобігання - недостатніми чи навіть помилковими. Наслідком цього є недооцінка ступеня загрози особисто для себе та своїх близьких, яка більшою мірою притаманна особам середнього та старшого віку.

Недостатній рівень інформованості населення про ВІЛ/СНІД є результатом нерегулярності і територіальної обмеженості інформаційних акцій щодо загрози епідемії в засобах масової інформації; недостатньої змістовності та переконливості відео та друкованих матеріалів з профілактики ВІЛ/СНІДу; неповної усвідомленості масштабів і перспектив розвитку епідемічної ситуації на різних щаблях законодавчої та виконавчої влади; низької залученості неурядових організацій до профілактичних Програм.

Одним із визначальних чинників розвитку епідемії в Україні є поширення ризикованої сексуальної поведінки поміж молоді, у тому числі - неповнолітніх. Рівень залученості останніх до статевого життя є досить високий: кожна третя молода людина віком до 16 років сьогодні має практичний досвід статевих зносин. Певна частка молоді веде неупорядковане сексуальне життя, часто змінюючи партнерів. Найчастіше із засобів контрацепції молоді люди використовують презервативи, які відомі більшості молоді з сексуальним досвідом і як профілактичний засіб запобігання ВІЛ/СНІДу. Проте регулярно використовує презервативи лише половина молоді, у тому числі 40% таких, хто може вважатися нерозбірливими щодо сексуального життя. Загроза ВІЛ-інфікування особливо актуальна для підлітків, які не працюють і не навчаються. Рівень охоплення представників цієї групи профілактичними, передусім - інформаційними акціями стосовно загрози ВІЛ/СНІДу - найнижчий, а фінансові можливості таких підлітків щодо придбання презервативів - вкрай обмежені. Підлітки та молодь легковажно ставляться до проблеми ВІЛ/СНІДу, вони вважають, що достатньо обізнані в

цьому питанні, хоч насправді їх знання незадовільні. Відповідальне ставлення до своєї сексуальної поведінки у них не сформоване.

Високий рівень підліткової вагітності та штучного її переривання є ще одним свідченням недостатнього рівня інформованості та навичок молоді стосовно використання засобів контрацепції, передусім презервативів, і, як наслідок, ризикована сексуальна поведінка неповнолітніх.

Шкільна освіта не дає відповідних валеологічних знань (в тому числі з профілактики наркоманії, ХПСШ і ВІЛ/СНІДу), не виховує серйозного ставлення до проблем, що пов'язані із початком статевого життя. Тільки 3% школярів охоплено валеологічною освітою.

Також знижують доступність валеологічних знань:

- недосконалість навчальних програм валеології та недостатня валеологічна і практична спрямованість змісту основних навчальних предметів;
- непідготовленість вчителів до викладання валеології;
- незабезпеченість учнів підручниками та навчальними посібниками з валеології, невідповідність змісту більшості підручників і навчальних посібників до завдань валеологічної освіти та навчальних програм;
- недостатня координація роботи з питань валеологічної освіти між органами освіти і охорони здоров'я.

Церква (перш за все маються на увазі традиційні конфесії) і її великий потенціал щодо виховання духовності і зміцнення моральних настанов, як певної запоруки уповільнення поширення ВІЛ/СНІДу, не має достатнього впливу на молодь. Лише 5-7% молодих людей регулярно відвідують церкву, мають можливість (і потребу) брати участь у богослужіннях, слухати проповіді, спілкуватися із священниками та віруючими. Всі інші, чия участь у релігійному житті обмежується епізодичними та випадковими відвідуваннями церкви, залишаються поза реальним впливом релігійних інститутів.

Частка молоді з ЧСЧ досвідом становить близько 3%. Практика застосування в цій групі презервативів вкрай обмежена.

Однією з найбільш сприйнятливих до ВІЛ-інфікування соціальних груп є жінки секс-бізнесу. Зростання кількості зайнятих проституцією може стати суттєвим чинником поширення епідемії СНІДу в Україні внаслідок:

- практики статевих зносин жінками секс-бізнесу, передусім найдешевших, без презервативів;
- високого рівня їхньої захворюваності венеричними хворобами;
- залученості до ін'єкційного вживання наркотиків;
- низького рівня інформованості більшості з них про можливі шляхи інфікування та його запобігання;
- безпечного ставлення клієнтів до заходів з попередження ВІЛ-інфікування, передусім, якщо вони перебувають в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння [18].

Фактором, який визначає існуючу епідемічну ситуацію в країні, є ризикована поведінка СІН, а саме:

- поширена між ними практика спільного користування інструментами для ін'єкцій;
- використання вкрай загрозливих засобів очищення наркотичних речовин: так, осад суспензій, що містяться у витяжці, нерідко здійснюється сироватковими білками, для чого до розчину готового наркотику додається кілька крапель крові (виробника чи споживача);
- придбання готового наркотику, заправленого у нестерильні шприці;
- відсутність практики використання дезінфікуючих засобів для обробки шприців та іншого ін'єкційного обладнання, поширеність таких «засобів дезінфекції» шприців, що не дезінфікують інструменти (промивання шприців і голочок у кип'яченій або проточній воді, сечею та інше);
- введення наркотиків у місцях придбання, під'їздах, парках, в групах;
- наявність випадкових статевих партнерів;
- практика незахищеного сексу;
- надання сексуальних послуг за гроші або наркотик;

- наявність сексуальних партнерів, які не вживають наркотиків;
- поширеність венеричних хвороб та їх самолікування;
- недостатня інформованість про шляхи передачі ВІЛ і заходи профілактики.

Окремою ВІЛ-уразливою групою ВІЛ/СНІДу є безпритульні та бездоглядні діти або діти вулиці, частка яких внаслідок економічних і соціальних негараздів постійно збільшується. Значна кількість дітей вулиці залучена до ризикованої сексуальної поведінки, має венеричні захворювання, деякі вживають ін'єкційні наркотики. Кожен п'ятий з цих дітей повідомив, що мав статеві контакти. Найбільш поширено набуття першого статевого досвіду у 10-11 років, хоча є діти, які набули його ще раніше. При цьому практично ніхто з дітей не користується презервативами. Абсолютна більшість безпритульних і бездоглядних дітей практично не інформована щодо загрози ВІЛ/СНІДу.

Зазначені вище чинники спричиняють поширення ВІЛ/СНІДу ін'єкційним і статевим шляхом як у середовищі споживачів наркотиків, так і серед всього населення, передусім - молоді.

Аналіз факторів, що впливають на сприйнятливість та уразливість населення до епідемії ВІЛ/СНІДу, дає можливість визначити такі пріоритетні області: молодь, групи підвищеного ризику (ін'єкційні наркомани, жінки секс-бізнесу), безпритульні діти, ув'язнені [17; 18].

Економічна криза в країні, в тому числі в сфері охорони здоров'я.

Зниження доступності основних медичних послуг та якісного медичного обслуговування населення країни.

В Україні існує недооцінка на державному рівні як серйозності сучасної і очікуваної демографічної ситуації, так і впливу на неї втрат від епідемії СНІДу.

Поширена думка, що тестування на антитіла до ВІЛ є заходом профілактики і протидії епідемії ВІЛ/СНІД.

Окремі положення законодавства не узгоджуються з міжнародними керівними принципами щодо прав людини.

Директивні документи деяких Міністерств, відомств і адміністративних територій не відповідають законодавчій базі України.

Відсутність соціального замовлення щодо розробки та реалізації заходів з активної пропаганди здорового способу життя серед населення.

Відсутність конструктивної співпраці державних органів та недержавних організацій в сфері профілактики ВІЛ/СНІДу.

Здебільшого негативне ставлення в українському суспільстві до представників ВІЛ-уразливих груп. Багато хто з громадян країни хотів би дистанціюватися від них у повсякденному житті. Найбільш небажаними сусідами є споживачі наркотиків, жінки комерційного секс бізнесу і ЧСЧ.

Також до перепон, що перешкоджають покращанню ситуації в Україні відносяться: зміни в сексуальній поведінці сучасної молоді, зниження віку початку статевого життя, вільного доступу неповнолітніх до еротичних та порнографічних видань, набувають у зв'язку з поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні особливої соціальної значущості.

Поряд з цим, сім'я, дитячі дошкільні заклади та школа, засоби масової інформації не приділяють належної уваги твердженню цінностей родинного життя, формуванню у молоді сексуальної культури.

Ситуація, що склалася нині в Україні, засвідчує відстороненість і навіть байдужість виховних соціальних інституцій до формування у підлітків сексуально здорової поведінки. Внаслідок недостатньої уваги суспільства до проблем сексуальної освіти молоді поширюється захворюваність, ЗПСШ зростає частка ВІЛ-інфікованих саме через ризиковану сексуальну поведінку, кількість випадків ранньої вагітності та абортів серед неповнолітніх дівчат.

Чинником ризику інфікування ВІЛ є зниження віку початку сексуального життя. За соціологічними даними більшість української молоді має практичний досвід статевого життя. Майже дві третини респондентів

віком 15-22 років (64%), у тому числі 31% 15-16 років, з них 58% дівчат і 69% хлопців.

Найчастіше практика статевих зносин розпочинається у молодих людей віком від 16 до 18 років, проте до них залучаються й діти, які не готові до цього ані з точки зору соціального розвитку, ані з фізіологічного. З-поміж опитаних 11% розпочали сексуальне життя у віці 14 років, а 6% з 11-13 років.

Часта зміна партнерів є фактором ризику сексуальної поведінки молоді. Серед тих, у кого вже були статеві зносини, 43% мали від 2-х до 5-ти партнерів, 25% - 6 і більше і лише 29% - одного. Особливо непокоїть той факт, що впродовж останніх трьох місяців 11% респондентів з досвідом статевих зносин мали двох, а 9% - три і більше сексуальних партнерів. Найбільш ризикова статева поведінка є у хлопців віком 15-6 років: з тих, хто веде в цьому віці сексуальне життя, впродовж трьох місяців напередодні опитування 7% змінили 6 і більше партнерів.

Більш урівноваженими щодо зміни партнерів виявляються молоді жінки: вони вдвічі частіше, ніж молоді чоловіки залишаються з одним партнером - 40 і 20% відповідно.

Незважаючи на досить високу інформованість молоді з досвідом статевого життя щодо необхідності використання презервативів як профілактичного засобу запобігання ВІЛ/СНІДу (73% знайомі з цією функцією презервативів), у молодіжному середовищі поширена практика незахищеного сексу з партнерами. За соціологічними даними тільки 66% молодих людей віком 15-22 років, у яких були статеві зносини, зрідка користувалися презервативами, раз-від-разу - лише 55%. Причому, з-поміж тих, хто веде неупорядковане сексуальне життя, тобто за останні три місяця змінив 3 і більше партнерів, майже 40% не користуються регулярно презервативами.

З віком частка тих, хто використовує презерватив як засіб запобігання, зменшується: від 65% - з-поміж 15-річних до 46% - 21-річних респондентів.

Більш активно цей метод контрацепції використовують чоловіки (61%). Серед жінок таких лише 47%.

За даними досліджень, частка молоді з гомосексуальним досвідом серед однолітків, які мали сексуальні зносини, становить 3%. Найбільш поширені вони серед 19-річних (9% у межах своєї вікової категорії) і 15-річних юнаків - 6%. Досить часто моделі сексуальної поведінки представників цієї категорії є ризикованими, тому що поєднується із вживанням алкоголю, наркотиків. Практика користування в цих випадках презервативами вкрай обмежена.

У розробці подальших стратегій стосовно профілактики ВІЛ/СНІДу слід враховувати, що більшість молодих людей, з тих, у кого були статеві зносини, робить це добровільно й задоволена своїм статевим життям, у тому числі 43% - повністю і ще 35% - «швидше, задоволені», не задоволені (частково чи повністю) - 20%.

За соціологічними даними лише 12% молодих людей віком 15-22 років визнали, що їх іноді примушували до статевих зносин проти їхнього бажання.

Таким чином, рівень залученості молоді, у тому числі неповнолітніх, до статевого життя є досить високий. Певна її частка веде неупорядковане сексуальне життя, часто змінюючи партнерів. Найчастіше з-поміж засобів контрацепції молоді люди використовують презервативи, які відомі більшості молоді з сексуальним досвідом і як профілактичний засіб запобігання ВІЛ/СНІДу. Проте, регулярно використовує презервативи лише половина молоді, у тому числі лише 40% таких, хто може вважатися нерозбірливим щодо сексуального життя.

Однією з найбільш уразливих до ВІЛ-інфікування соціальних груп є жінки секс-бізнесу, а зростання проституції може стати суттєвим чинником поширення епідемії СНІДу в Україні.

Соціальний аналіз секс-бізнесу, ризикованої сексуальної поведінки його учасників досить утруднений внаслідок, передусім, нелегітимності цього виду діяльності згідно із чинним законодавством. Відповідно Кодексу України про

адміністративні правопорушення, заняття проституцією є адміністративним правопорушенням, що тягне за собою накладення штрафу і затримання.

До цього ж слід додати переважно негативну громадську думку щодо осіб, які надають секс-послуги за плату, обмежений рівень довіри проститутток до будь-яких офіційних, у тому числі наукових, установ, відсутність соціального замовлення стосовно вивчення секс-бізнесу як сучасного феномена суспільного життя.

Проте низка соціологічних досліджень, дозволяє зробити певні висновки стосовно основних характеристик жінок секс-бізнесу, рівня їх інформованості та ставлення до небезпеки ВІЛ-інфікування, виділити найбільш небезпечні чинники та умови, за яких можна реально запобігти поширенню ВІЛ-інфекції серед жінок секс-бізнесу.

За соціально-демографічними характеристиками, серед жінок секс-бізнесу представлені вікові групи від 13 до 43 і більше років, є особи з різним рівнем освіти, в тому числі вищою, будь-якого соціально-професійного статусу. З-поміж них є колишні торгові працівниці, студентки, інженери, будівельники, вчительки та виховательки дитячих садків, безробітні, є й такі, у кого взагалі немає професії. Більшість жінок секс-бізнесу неодружені або розлучені. Проте, існують також випадки своєрідного «сімейного підряду», коли чоловік допомагає жінці у її роботі (вирішує транспортні і організаційні питання, переймається проблемами безпеки, у разі ускладнень веде переговори представниками правоохоронних органів тощо). Багато хто з жінок секс-бізнесу (особливо старше 20 років) мають дітей (як правило, одну дитину, хоча у декотрих є три дитини).

Секс-бізнес для жінок може бути як основним, так й додатковим джерелом доходів, але для більшості з них проституція є економічно вимушеним зайняттям внаслідок безробіття (наявного чи прихованого), низької заробітної плати, й стає єдиним джерелом існування.

Чим нижче «професійний статус» жінок у секс-бізнесі, тим більш притаманна їм ризикована сексуальна поведінка. Найбільш уразливими до ВІЛ-інфікування є «плечові» і «вокзальні» повії, більшість з яких ніколи не користується презервативами.

Склад повій постійно оновлюється. Наприклад, в Одесі чверть опитаних проституток відповіли, що їх зайняття комерційним сексом триває менше ніж півроку. Тому робота по профілактиці поширення ВІЛ-інфекції, впровадження у їх середовище навичок безпечного сексу і поведінки має провадитись регулярно, оскільки до секс-бізнесу постійно залучаються нові особи, котрі не були охоплені попередніми заходами.

На ринку сексуальних послуг у великих містах в основному представлені місцеві особи. Відсоток приїжджих зазвичай не великий, однак у курортних містах влітку збільшення кількості жінок секс-бізнесу у два-три рази відбувається за рахунок міграції з навколишніх і віддалених населених пунктів. До них додаються місцеві мешканки, котрі працюють повіями час від часу, залежно від попиту і власної матеріальної ситуації.

За свідченнями респондентів (жінок секс-бізнесу, лікарів і працівників міліції), серед представниць комерційного сексу досить поширені венеричні захворювання, туберкульоз, вірусний гепатит. У кожному великому місті України «працюють» ВІЛ-інфіковані повії. У кожній фокус-групі щонайменше одна з учасниць наводила приклади ВІЛ-інфікування своїх знайомих, подруг або колег по секс-бізнесу.

Аналіз сексуальних послуг, які надаються повіями, їх поведінки з клієнтами свідчить, що найбільш небезпечними з огляду на перспективу поширення ВІЛ-інфекції в середовищі секс-бізнесу є такі чинники:

– поширеність статевих зносин проституток із шприцевими наркоманами, бісексуалами та груповий секс;

– внутрішньовенне вживання наркотиків самими жінками секс-бізнесу (майже половина опитаних проституток вживають наркотичні речовини ін'єкційно);

– примушення з боку клієнтів до, статевого контакту без використання презерватива (про такі випадки насильства зазначили деякі опитані);

– добровільні статеві контакти без презерватива, (особливо це поширене з-поміж найдешевших проституток, працюючих часто «за дозу»), а також у випадках орального сексу;

– поширена практика придбання неякісних, але дешевих презервативів у комерційних кіосках, на ринках, підробок під виробу відомих фірм, а також продукції з простроченими термінами зберігання.

Жінки секс-бізнесу певною мірою обізнані з питань ВІЛ/СНІДу. Основним джерелом інформування про ВІЛ/СНІД є телевізійні передачі, а також публікації в періодичних засобах масової інформації.

Багато хто з жінок секс-бізнесу усвідомлює небезпеку свого способу заробітку на життя. Принаймні, істотна частина з них замислювалася над небезпекою захворювання на СНІД, уявляє собі можливі наслідки численних статевих зв'язків з ВІЛ-інфікуванням.

Багато жінок секс-бізнесу усвідомлюють необхідність використання в своїй роботі презервативів. Інші вважають, що інфікування їх особисто - малоімовірно.

Водночас знання багатьох жінок секс-бізнесу про можливі шляхи ВІЛ-інфікування та захист від нього є неповними, а часто і помилковими. Певна частина жінок, які займаються комерційним сексом, вважають можливим запобігти ВІЛ-інфікуванню завдяки вживанню протизаплідних таблеток, використання мазей, зносинам виключно з постійними клієнтами. Практично жодна з опитаних жінок не відрізняє застережних засобів від ВІЛ-інфікування від запобіжних засобів щодо захворювань, які передаються статевим шляхом.

Для багатьох жінок секс-бізнесу інфікування ВІЛ клієнтів не є причиною для припинення зносин з ними. Таких жінок не зупиняє відсутність абсолютних гарантій щодо запобігання інфікуванню, й декотрі жінки надають сексуальні послуги ВІЛ-інфікованим, що навіть при використанні презервативів є додатковим фактором ризику.

Про реальну небезпеку поширення ВІЛ-інфекції серед жінок секс-бізнесу свідчить надзвичайно висока питома вага тих, хто коли-небудь хворів на венеричні захворювання.

Ставлення жінок секс-бізнесу до тестувань на наявність ВІЛ/СНІДу, ЗПСШ й лікування неоднозначне. З одного боку, за свідченням респондентів, багато хто з них регулярно проходить тестування на наявність інфекції або ознак хвороб, що передаються статевим шляхом. Здебільшого вони мають постійних платних лікарів, до інших звертаються лише у випадку гострої потреби.

Для елітних повій та жінок, які працюють за викликом, в саунах, кафе, готелях, ціна медичних послуг, у тому числі лікування, є доступною, а регулярні профілактичні огляди і ВІЛ-тестування для них є нормою.

Для певної частки працюючих на вулицях і багатьох «трасових» вартість медичних послуг - надто висока. Останні вдаються до обстежень епізодично, як правило, після виникнення якихось непередбачуваних ситуацій, наприклад розриву презерватива, зґвалтування або підозри щодо наявності у себе захворювання.

Практично не обстежуються добровільно на ВІЛ/СНІД «плечові» та «вокзальні». Значна кількість з них мають хронічні венеричні захворювання. Декотрі жінки секс-бізнесу уникають обстежень, тому що бояться дізнатися про його результат [22; 38].

Визначальним фактором, що за нинішніх умов життєдіяльності українського суспільства обумовлює прискорене розгортання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, є наявність «проторованих» шляхів проникнення цього

захворювання від груп з високим рівнем ВІЛ-інфекції до основного населення. На жаль, «плацдарм» для успішного наступу ВІЛ-інфекції на найбільш сексуально активні контингенти населення (підлітки, молодь, особи середнього віку) вже існує. Переконливим підтвердженням цьому є високі темпи зростання захворюваності на венеричні хвороби за останні десять років.

Приклад країн, вражених епідемією ВІЛ/СНІДу, показує, що міжстатеві взаємини виступають потужним її «прискорювачем», особливо в умовах підвищеної міграційної рухливості населення. Інтенсивні територіальні переміщення населення сприяють поширенню захворюваності на венеричні хвороби і ВІЛ-інфекцію.

Для України, яка впритул зіткнулася із загрозою крупно масштабної епідемії ВІЛ/СНІДу, вельми важливо з'ясувати вплив міграції на поширення цього небезпечного захворювання на теренах країни. Різнобічний вплив міграційних процесів, у яких беруть участь сотні тисяч людей, в умовах нинішньої глибокої соціально-економічної кризи, що викликала катастрофічне падіння рівня життя населення, суттєво позначається не тільки на соціально-економічній та політичній ситуаціях, але й на санітарно-епідемічній обстановці.

Міграційна ситуація: загальна характеристика. В міграційній ситуації можна виділити два періоди. Перший з них характеризується значним поширенням репатріаційних потоків і потоків біженців та переселенців. Розвиток цих міграційних потоків відбувався під впливом основних факторів політичної природи.

Серед міграційних проблем цього періоду найгострішою вважається повернення депортованих. Після розпаду СРСР Україна залишилася наодинці з проблемою депортованих народів. Забезпечення репатріантам належних умов життя потребує коштів, що значно перевищують фінансові можливості України.

Другий етап у розвитку міграційної обстановки в Україні припадає на період після 1993 року і в часі співпадає з різким загостренням ситуації із захворюваністю на ВІЛ-інфекцію. Фактори, які з такою силою проявили себе у першому періоді і спричинили масові потоки репатріантів в Україну, в основному вичерпали свій ресурс. Натомість укорінилися і почали діяти чинники економічної природи, які обумовили стало негативне сальдо в обміні населенням між Україною і країнами близького і далекого зарубіжжя за останні шість років.

Нелегальна міграція. До нових чинників, що визначають міграційну ситуацію в державі, слід віднести нелегальну міграцію. Небезпека полягає не лише в кількісному зростанні обсягів нелегальної імміграції в Україну, але й у вкрай несприятливому її впливі на загальну ситуацію в державі, особливо на криміногенну обстановку, на санітарно-епідемічну ситуацію і на ситуацію з поширенням інфекційних хвороб, зокрема хвороб, що передаються статевим шляхом, і ВІЛ-інфекції.

Серед нелегальних мігрантів багато вихідців з тих регіонів, де масово поширені зазначені захворювання. Нелегальні мігранти прибувають в Україну, використовуючи канали туризму, транзитного переїзду, безвізового в'їзду у службових і приватних справах, а також з прямим порушенням правил в'їзду. Більшість нелегалів, котрі проживають в Україні, розглядають її як транзитну країну для подальшої нелегальної еміграції в Західну Європу. Однак проведення Західноєвропейськими країнами превентивних заходів щодо проникнення на їх територію нелегальних мігрантів призводить до того, що в Україні осідає все більше транзитних мігрантів.

Щорічно прикордонники затримують майже 10 тис. нелегальних мігрантів. Водночас органами внутрішніх справ тільки протягом минулого року виявлено понад 80 тис. іноземців, котрі порушували правила перебування в Україні. Не маючи документів, законних засобів до існування, нелегали вдаються до правопорушень, злочинних дій, ведуть антисоціальний спосіб

життя і, відповідно, можуть бути потенціальними «розповсюджувачами» інфекційних хвороб, зокрема ВІЛ-інфекції.

Цей висновок на теперішній час не підкріплено результатами відповідних досліджень і потребує додаткового вивчення.

Біженці. Серйозну міграційну проблему для України створюють також біженці. Здебільшого біженці є громадянами Афганістану (80%). Однак серед них є вихідці ще майже з 30 країн світу. Біженці, серед яких є вихідці із африканських країн, розташованих південніше від Сахари, теж можуть бути потенційними «розповсюджувачами» ВІЛ-інфекції в Україні.

Трудова міграція. Широкого розповсюдження набула тимчасова еміграція з України в Центральну та Західну Європу і в Росію з метою заробітку. Заробітки за кордоном, як шляхом торгівлі, так і шляхом працевлаштування, стали для багатьох українських сімей важливим засобом виживання в умовах затяжної глибокої економічної кризи в державі.

Обсяги та напрямки тимчасових трудових поїздок за кордон почали стрімко зростати у зв'язку зі спрощеністю виїзду громадян України за межі держави після 21 січня 1994 року, коли Верховна Рада України прийняла Закон «Про порядок виїзду з України і в'їзду в Україну громадян України», який забезпечує громадянам України права на виїзд за кордон і повернення на рідну землю. Нині інтенсивність тимчасових трудових поїздок громадян України залишається досить високою. Водночас її обсяги дещо скоротилися внаслідок зменшення «човникового» бізнесу. Зараз серед тих, хто виїздить за кордон в особистих справах, переважають особи, котрі виїжджають з метою працевлаштування. Група тимчасових емігрантів багаточисельна і має тенденцію до зростання. Опитування громадян України у пунктах перетину кордону показує, що з метою працевлаштування виїздить приблизно 6-7% пасажирів. В умовах нинішньої загальносистемної кризи в українському суспільстві і породженого нею масового безробіття, населення все більше втягується в закордонні трудові міграційні переміщення, які зачіпають інтереси

щонайменше 12 млн. громадян України. Контингент тимчасових трудових мігрантів з України в Західній Європі і в Росії рекрутується переважно з чоловіків молодого і середнього віку (20-40 років), які традиційно вважаються найбільш сексуально активними. Необлаштоване «холостяцьке» проживання трудових мігрантів за кордоном, відірваних від своїх сімей, породжує небезпеку ризикованої сексуальної поведінки, яка може призвести до зараження хворобами, що передаються статевим шляхом, і ВІЛ. У випадку зараження ВІЛ-інфекцією тимчасові робітники після повернення додому стають джерелом інфекції в районах постійного проживання.

Надзвичайно високий ризик захворіти на ВІЛ - у дівчат і молодих жінок з України, які за кордоном втягнуті в тенета секс-бізнесу. Після повернення в Україну ця група тимчасових мігрантів може стати особливо «дієвою» у поширенні ВІЛ-інфекції.

Аналіз міграційної ситуації в Україні показує, що населення стає все більш мобільним. Люди вирушають з насиджених місць з різних причин, але найбільш поширеною причиною, через яку вони залишають свої домівки (і часто свої сім'ї), є пошук заробітку. Аналіз територіальних особливостей поширення ВІЛ свідчить, що найбільш уражені цією небезпечною інфекцією ті регіони, які відзначаються підвищеною міграційною рухливістю населення: Одеська, Миколаївська, Дніпропетровськ, місто Київ [41; 64; 81].

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ СТРАТЕГІЇ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ

#### 2.1. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІД в Україні

Східна Європа та Центральна Азія (СЄЦА) - регіон, який географічно об'єднує 29 країн, є одним з трьох регіонів у світі, де епідемія ВІЛ-інфекції продовжує зростати. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції між 2010 та 2019 рр. зросла на 72% [6]. За оцінками ЮНЕЙДС наприкінці 2019 року у країнах СЄЦА проживали близько 1,7 мільйона людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ). У 2019 році близько 170 тис. осіб було інфіковано ВІЛ та 35 тис. осіб померло внаслідок СНІДу [86]. Переважна більшість людей, які живуть з ВІЛ у Східній Європі та Центральній Азії, проживають у Росії (70%), де тягар від ВІЛ/СНІДу продовжує зростати, а за нею - Україна. Не дивлячись на те, що епідемія в регіоні зосереджена переважно серед ключових груп населення, рівень охоплення програмами зменшення шкоди та іншими програмами заходами з профілактики ВІЛ-інфекції у деяких країнах ще залишається низьким. Крім того, ці програми знаходяться під загрозою у зв'язку зі зменшенням зовнішнього фінансування, а внутрішні ресурси країн не покривають потреб з профілактики ВІЛ-інфекції.

Високі рівні стигми та дискримінації щодо ЛЖВ, та ключових груп і досі залишаються основними бар'єрами на шляху отримання послуг у зв'язку з ВІЛ [12,13]. На кінець 2019 року у країнах СЄЦА показник досягнення глобальної цілі ЮНЕЙДС «до 2020 року 73% усіх ЛЖВ матимуть пригнічення ВІЛ» становив 41% (34–46%) [6]. Для досягнення цілей 90-90-90 потрібно додатково залучити до лікування та досягти пригнічення ВІЛ у 530 000 ЛЖВ.

Вперше виявлений діагноз ВІЛ встановлено у 16405 осіб протягом 2019 року в Україні [6]. Офіційні дані зображені на рис. 2.1. Так, показники

захворюваності на ВІЛ та СНІДу становили 42,5 та 19,5 на 100 тис. населення, смертності від СНІДу – 7,7 на 100 тис. населення.

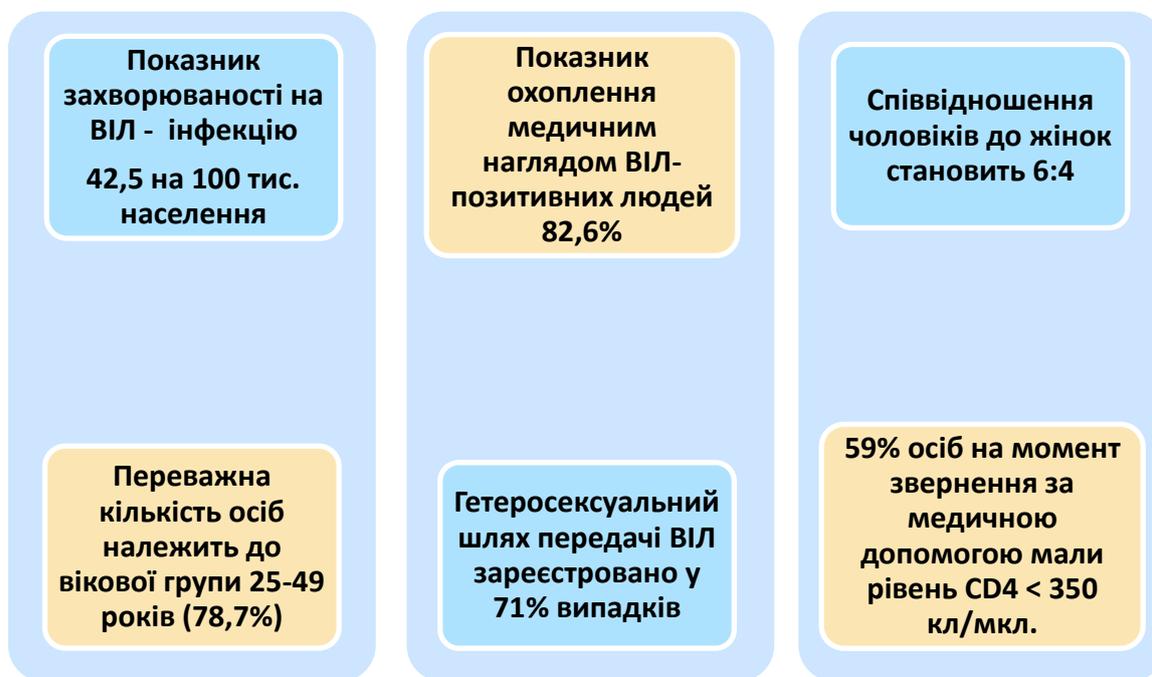


Рис. 2.1 – Дані офіційної статистики з ВІЛ/СНІД 2019р. (побудовано автором на основі [6]).

Частка позитивних результатів при використанні швидких тестів на ВІЛ щорічно збільшується і становила у 2019 році 1,4% порівняно з 0,9% у 2015 році. Також, половина від усіх підтверджених позитивних результатів тестування на ВІЛ у 2019 р. були отримані при обстеженні швидкими тестами на ВІЛ (рис. 2.2). Найчастіше такі тести використовували для обстеження осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, ЧСЧ, які мали контакти з особами з не відомим ВІЛ-статусом. Варто звернути увагу, що значну частину швидких тестів на ВІЛ у 2019 році провели для осіб, які мають клінічні показання при зверненні за медичною допомогою до лікарню (36,6%), осіб, обстежених за власної ініціативи (17,5%) та споживачів ін'єкційних наркотиків (14,1%) (рис.2.3).

Проведений аналіз структури контингентів, які були обстежені на ВІЛ за допомогою використання швидких тестів показав, що третина всіх обстежень була проведена особам, які звернулись за медичною допомогою, що свідчить про пізнє виявлення ВІЛ-інфекції вже на стадіях, коли з'являються клінічні прояви (в середньому 7-10 років від моменту інфікування).



Рис. 2.2 – Кількість виконаних аналізів методом ІФА (ІМ), швидкими тестами (ШТ) та відсоток ВІЛ + виявлених швидкими тестами серед усіх позитивних результатів 2015-2019 рр. (побудовано автором на основі [6]).

Також велика частка осіб, що обстежених за власною ініціативою – 17,5% та осіб, з ризикованою статевою поведінкою – 11,4%, що свідчить про обізнаність людей щодо проблем ВІЛ-інфекції та оцінки особистого ризику інфікування ВІЛ. Тому, чим раніше діагноз ВІЛ-інфекції буде встановлений, тим швидше людина розпочне приймати специфічне лікування та матиме менший ризик прогресування хвороби до СНІДу та зараження інших. Швидкі тести на ВІЛ – дійсно важлива складова вчасного виявлення ВІЛ-інфекції та запобігання поширенню хвороби в суспільстві.

Національна Стратегія тестування на ВІЛ в Україні на 2019—2030 роки передбачає забезпечення інформування та тестування партнерів ЛЖВ у закладах охорони здоров'я, а також повідомлення партнера про результат тестування. Це відповідає рекомендаціям ВООЗ, яка у 2016 році опублікувала керівництво з послуг самотестування на ВІЛ та інформування партнерів про ВІЛ. За даними епідмониторінгу у 2019 році з 26 тисяч осіб які були обстежені переважно швидкими тестами на ВІЛ та мали гетеросексуальні статеві контакти з ВІЛ-інфікованими, позитивний результат тесту на ВІЛ виявлено у 2206 осіб, що склало 8,5%. Зазначені результати свідчать про високий рівень поширеності ВІЛ серед партнерів ЛЖВ.



Рис. 2.3 – Структура обстежених на ВІЛ-інфекцію за допомогою використання швидких тестів у 2019р (побудовано автором на основі [6]).

У Східній Європі, в т.ч. Україні високий рівень захворюваності та поширеності ВІЛ серед ЛВІН. Так, збільшення охоплення тестуванням на ВІЛ – пріоритетний захід з уповільнення темпів епідемії серед ЛВІН, а також важливим є забезпеченням доступу до програм зі зменшення шкоди серед даної категорії осіб з групи ризику інфікування ВІЛ. В Україні зберігається високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції (22,6%) серед ЛВІН, але лише опловина осіб знають про свій ВІЛ-позитивний статус. У 2019 році було обстежено 128 тисяч ЛВІН. ВІЛ-інфекцію виявлено у 2662 ЛВІН (2,1%). Найвищі показники поширеності ВІЛ серед даної групи спостерігаються у Кіровоградській (24,7%), Одеській (11,8%) і Волинській (8,3%) областях. Порівняно з попереднім роком кількість ВІЛ-позитивних осіб серед ЛВІН збільшились, що також вказує на високий рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН та необхідність у подальшому забезпечувати безперешкодний доступ до тестувань на ВІЛ, особливо з використанням швидких тестів.

Аналіз показників національного звіту щодо досягнення прогресу у здійсненні глобальних заходів у відповідь на ВІЛ протягом 2018-2019 років наведено в узагальнюючій таблиці (табл 2.1). Станом на 01.11.21 відомо, що досягнення цілей 90-90-90 виглядає так 71% людей, які живуть з ВІЛ та знають свій статус, 87% з них отримують антиретровірусну терапію, та 94% з них мають ефективність даного лікування та не визначальний рівень вірусного навантаження ВІЛ у крові.

Впродовж останніх років в середньому в Україні виявляється близько 23 тисяч випадків ВІЛ-інфекції, а кількість зареєстрованих випадків повільно зростає і становить 16 357 у 2019 році. Серед зареєстрованих та, відповідно, взятих у 2019 році під медичний нагляд осіб лише третина - це випадки відносно недавнього інфікування. У більшості людей діагноз ВІЛ-інфекції встановлюється вже після кількох років носійства ВІЛ та інколи - вже на стадії клінічних проявів СНІДу.

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за офіційними даними становить 42,5 на 100 тис. населення з найнижчим показником у Закарпатській (7,4) та найвищим – у Дніпропетровській (113,1) областях (рис.2.4).

Таблиця 2.1

Показники національного звіту щодо протидії ВІЛ-інфекції 2018-2019 рр [6]

ІНДИКАТОР	ОПИС ІНДИКАТОРУ	2018 РІК	2019 РІК
Оціночна кількість людей, які живуть з ВІЛ <sup>49</sup>	Оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ на кінець звітного періоду	240 750	251 168
Люди, які живуть з ВІЛ та знають свій статус	Кількість людей, які живуть з ВІЛ та знають свій статус	169 433	169 787
Досягнення перших «90»	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ та знають свій статус	70%	68%
Люди, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ	Кількість людей, які отримують антиретровірусну терапію	122 697	136 105
Досягнення других «90»	Відсоток ЛЖВ, які отримують АРТ, від кількості людей, які знають свій ВІЛ-статус	72%	80%
Люди, котрі живуть з ВІЛ, що мають знижене вірусне навантаження	Кількість людей, котрі живуть з ВІЛ та мають знижене вірусне навантаження	113 578	127 871
Досягнення третіх «90»	Відсоток ЛЖВ, які мають знижене вірусне навантаження, серед осіб, які отримують АРТ	93%	94%
Пізня діагностика ВІЛ	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ і мають початковий рівень СД4 <200 клітин/мм <sup>3</sup> протягом звітного періоду	36,6%	35,1%
	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ і мають початковий рівень СД4 <350 клітин/мм <sup>3</sup> протягом звітного періоду	58,7%	59,0%
Смертність від СНІДу <sup>50</sup>	Загальна кількість людей померлих від хвороб спричинених СНІДом	3 448	2 977
	Кількість людей, померлих від хвороб спричинених СНІДом на 100 тис. населення	8,1	7,7
Обсяги тестування і позитивні результати тестування на ВІЛ-інфекцію <sup>51</sup>	Відсоток позитивних результатів на ВІЛ, виданих людям в поточному календарному році	-	3,1%
	Кількість проведених тестів, в яких обстеженим повернули ВІЛ-позитивні результати	-	16 344
	Кількість виконаних тестів, в яких обстежені отримали результати	-	520 119

У різних регіонах України кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції відрізняється. Епідемічні, ресурсні, демографічні фактори зумовлюють відмінність у захворюваності на ВІЛ по регіонам.

Зміни показника захворюваності на ВІЛ залежать від таких факторів, як обсяг та результативність тестувань, а також ефективність заходів із залучення ВІЛ-позитивних осіб до медичного нагляд, що в свою чергу сприятиме досягненню цілі «90% людей, які живуть з ВІЛ, знають свій ВІЛ-статус». Залучення ВІЛ-позитивних осіб до системи медичного нагляду протягом багатьох років було проблемним.



Рис. 2.4 – Захворюваність на ВІЛ-інфекцію в Україні, 2019р. [6]

Але, спільними зусиллями закладів охорони здоров'я та неурядовими організаціями протягом 2019 в Україні досягнуто високого рівня охоплення медичним наглядом людей з вперше у житті виявленою ВІЛ-інфекцією, що склало 82,6% (рис.2.5).

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні сконцентрована у містах. У 2019 році 76% виявлених випадків ВІЛ-інфекції було зареєстровано серед міського населення. У статевій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції відмічається поступове зростання частки чоловіків, яка у 2019 році складала 60%.

Аналіз статевовікової характеристики епідемії ВІЛ протягом останніх 10 років показав, що відбулись суттєві зміни за рахунок збільшення кількості випадків ВІЛ-інфекції серед осіб чоловічої статі, зменшення – серед осіб вікової групи 15-24 років.



Рис. 2.5 – Аналіз охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом, (%)  
2015-2019 рр [6]

У віковій структурі нових випадків ВІЛ-інфекції переважає група 25-49 років (рис. 2.6). Важливою віковою групою з точки зору епідагляду є молоді особи віком 15-24 років. У 2019 році їх кількість становила 733 особи, що втричі менше, ніж у 2010 році. Відповідно їх частка зменшилась з 13,4% до

4,5%. Протилежна тенденція спостерігалась у старших вікових групах. Кількість зареєстрованих у 2019 році випадків серед осіб старше 50 років порівняно з 2010 роком збільшилась втричі і становить 2666 випадків (16,3%). Зміни у віковій структурі можуть свідчити, з одного боку, про «старіння» епідемії ВІЛ-інфекції, з іншого боку, підтверджують тенденцію пізнього звернення ВІЛ-інфікованих людей до медичного закладу, тобто переважна частина осіб старше 50 років серед вперше зареєстрованих випадків була інфікована декілька років тому.

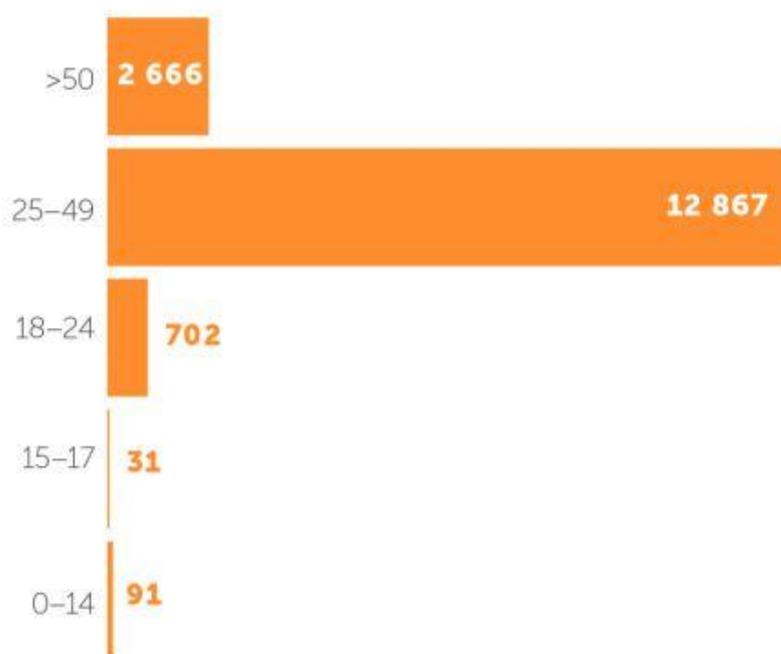


Рис. 2.6 – Аналіз вікової структури серед осіб, взятих під диспансерний облік з ВІЛ-інфекції у 2019 р. [6]

Аналіз структури шляхів передачі ВІЛ-інфекції показав, що переважає статевий шлях інфікування, який зростає та склав у 2019 році 73,6%, з переважанням інфікування ВІЛ гетеросексуальним шляхом, частка якого за останні 10 років зросла з 55% до 71% (рис. 2.7). Варто зазначити, що ВІЛ-позитивні люди можуть приховувати наявність ризикованої поведінки –

чоловіки, що мають секс з чоловіками чи вживання наркотиків, особливо ін'єкційних. Парентеральний шлях передачі ВІЛ залишається актуальним для України та складає 26%. Таким чином, важливим в епідеміологічному плані є високий ступінь ризику інфікування ВІЛ внаслідок особливостей вживання ін'єкційних наркотиків, складнощі у залученні ЛВІН до профілактичних програм, а також найвищій, порівняно із іншими ключовими групами, рівень поширеності ВІЛ-інфекції – 22,6% за даними останнього біоповедінкового дослідження серед ЛВІН у 2017р.

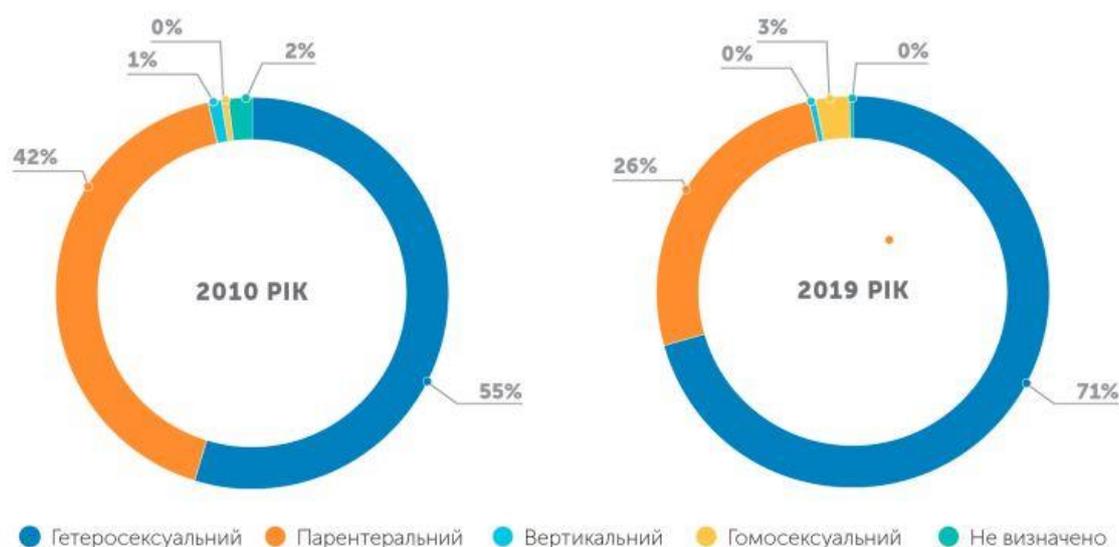


Рис. 2.7 – Зміна в структурі шляхів передачі ВІЛ інфекції за 10 років

Третина осіб, що живуть з ВІЛ та знаходяться на диспансерному обліку має діагноз СНІДу – 47 341 осіб, що складає 34,8% у 2020р. Показник випадків СНІДу становив 123,7 на 100 тис. населення. На регіональному рівні даний показник складає від 22,6 у Закарпатській області до 362,6 в Одеській області.

Аналіз причин смерті ЛЖВ свідчить, що у 2019 році у кожному другому випадку (52%) причини були безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, зокрема внаслідок СНІДу померли 2977 осіб (з них половина - від ко-інфекції

ВІЛ/ТБ). Важливо, що серед цієї категорії осіб лише 57% отримували АРТ. Особливості статево-вікової структури померлих осіб наведені на рис. 2.8. Від інших причин і захворювань, що не пов'язані із ВІЛ, загалом померли 2511 осіб. Фактично кожна третя смерть не була пов'язана із перебігом ВІЛ-інфекції. Померли від інших причин 378 осіб, зокрема у 65% з них причини смерті класифіковані як «Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин». Внаслідок вірусного гепатиту В/С або його ускладнень померли 260 (4%) осіб. Туберкульоз став причиною смерті 94 осіб (2%). У 6% випадків причина смерті невідома.



Рис. 2.8 – Особливості статево-вікової структури померлих від СНІДу осіб

Таким чином, пізнє встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, захворюваність на СНІД та смертність від хвороб, зумовлених СНІДом, залишаються проблемою на шляху подолання епідемії ВІЛ-інфекції. Велике розширення доступу до АРТ та децентралізація послуг в цілому сприяють збільшенню тривалості життя та збереженню працездатності ЛЖВ. Проте найбільшу

користь має своєчасне лікування. У випадку пізньої діагностики чи відтермінованого звернення за медичною допомогою людей з відомим ВІЛ-статусом ефективність призначеної АРТ падає.

## **2.2. Трансформація системи охорони здоров'я України через Національну службу здоров'я та стан забезпечення населення України медичними послугами щодо профілактики та лікування ВІЛ-інфекції**

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. Основні завдання НСЗУ зображені на рис 2.9.

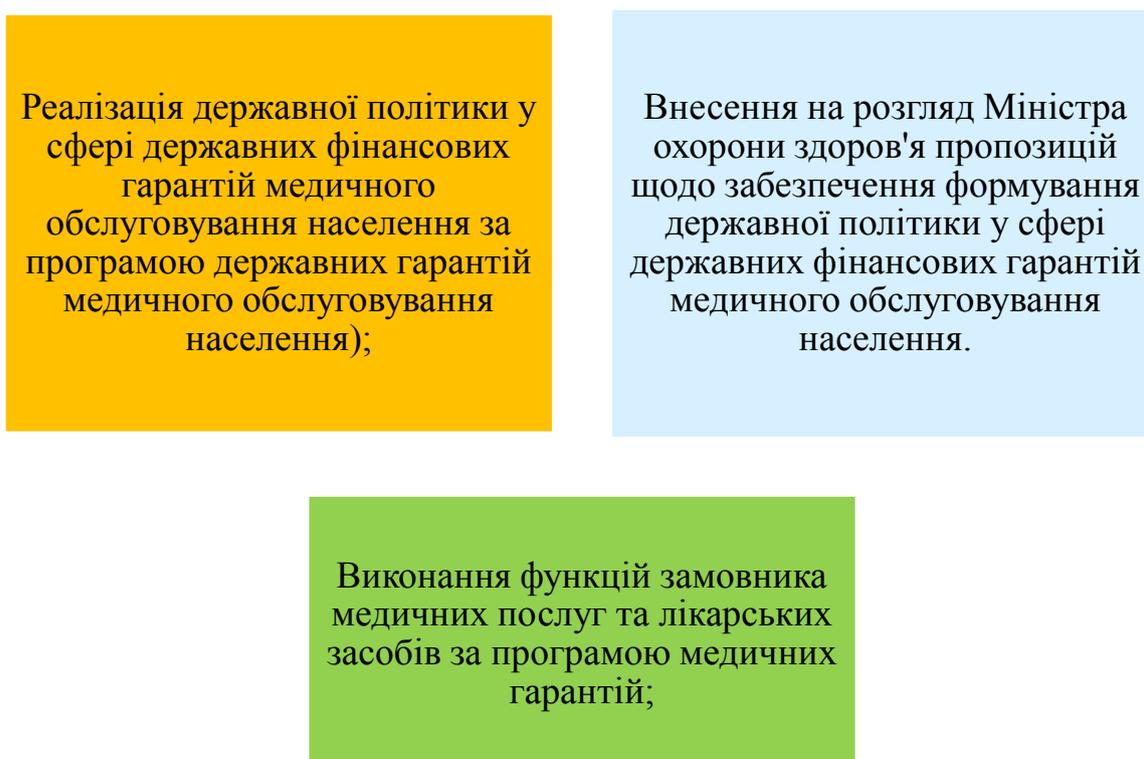


Рис. 2.9 – Основні завдання НСЗУ (побудовано автором на основі [39])

Згідно з положенням про Національну службу здоров'я України, НСЗУ укладає, змінює та припиняє договори про медичне обслуговування населення та договори про реімбурсацію в межах урядової програми «Доступні ліки». Нормативно-правові засади діяльності НСЗУ схематично зображені на рис. 2.10. Національна служба здоров'я України запроваджує нові, прозорі та єдині для всіх правила фінансування системи охорони здоров'я України, які представлені в рис 2.11.

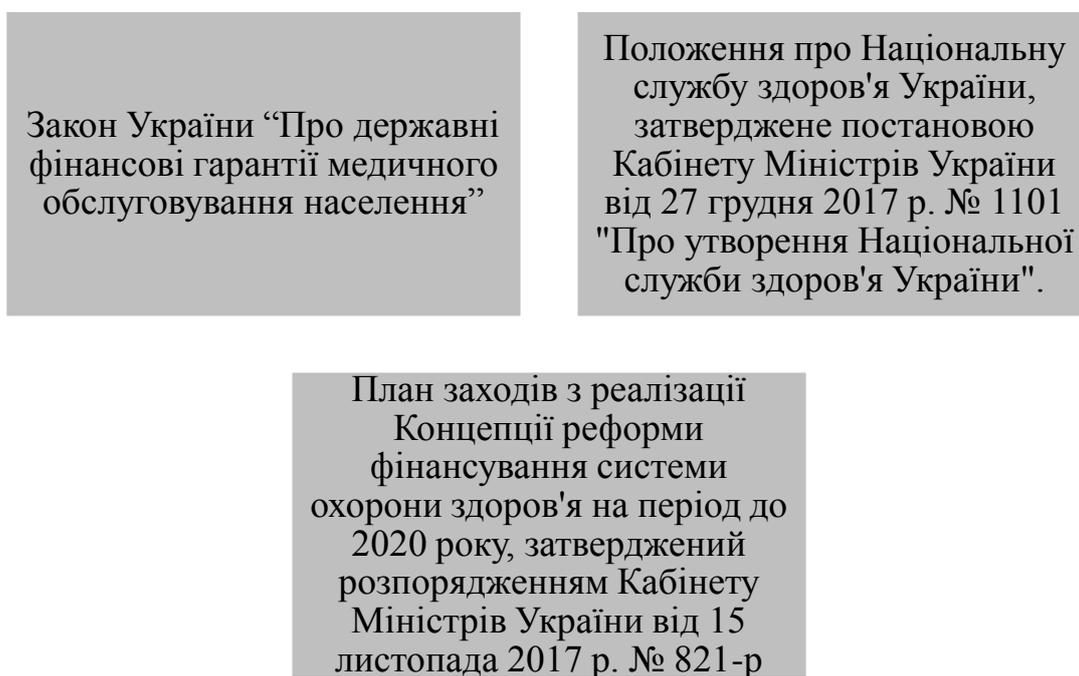


Рис. 2.10. – Нормативно-правові засади діяльності НСЗУ (побудовано автором на основі [39])

Пацієнти отримують гарантований державою безоплатний пакет медичних послуг та лікарських засобів. Єдиним замовником та платником за програмою медичних гарантій є НСЗУ. НСЗУ гарантує ефективне та цільове використання державних коштів за принципом оплати якісно наданих послуг, а не утримання закладів. Застосовує прозорі методи фінансування на основі капітаційної ставки, оплати за послугу та випадок госпіталізації та ін.



Рис. 2.11 – Правила фінансування системи охорони здоров'я України  
(побудовано автором на основі [39])

Для того, аби почати співпрацювати за договором з НСЗУ, медичний заклад повинен здійснити наступні кроки, зображені на рис.2.12.



Рис. 2.12 – Умови співпраці медичних закладів з НСЗУ (побудовано автором на основі [39])

Для укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій НСЗУ щодо надання медичних послуг за

напрямом «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)» від 01 вересня 2021 року необхідно виконати умови зображені на рис.2.13.

Підстави надання послуги:

- направлення лікаря з надання ПМД, якого обрано за декларацією про вибір лікаря;
- направлення лікуючого лікаря;
- самозвернення.

Вимоги до організації надання послуги:

1. Мати в своєму розпорядженні лабораторні та інструментальні методи дослідження.

Заявник подає до НСЗУ пропозицію (заяву та додатки до неї) в електронній формі шляхом заповнення електронних полів.

Суб'єкт господарювання до подання пропозиції повинен забезпечити внесення до електронної системи охорони здоров'я актуальної інформації про:

- 1) суб'єкт господарювання, місця надання ним медичних послуг та медичне обладнання, зазначене в оголошенні;
- 2) ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (дата, строк дії, номер наказу, номер ліцензії та вид господарської діяльності, на право здійснення якого видано ліцензію);
- 3) суб'єкти господарювання, які будуть залучені до виконання договору (підрядники);
- 4) уповноважених осіб та медичних працівників, які будуть залучені до укладення або виконання договору.

Рис. 2.13 – Подання пропозицій та їх розгляд НСЗУ (побудовано автором на основі [39])

2. Взаємодія з іншими організаціями на всіх рівнях, що надають медичні послуги ВІЛ-інфікованим та забезпечують послуги для людей у сфері ризику ВІЛ та своїх соціально-психологічних програм.
3. Взаємодія з іншими організаціями медичних послуг, центрами соціальної служби для сімей, дітей та молодих людей, центрами соціального обслуговування, іншими організаціями соціальних послуг, включаючи недержавні та координаційні організації, правові організації.
4. Обґрунтування постійного лікування пацієнта у каскаді послуг ВІЛ.
5. Існує затверджена програма для регулювання контролю та охорони коштів на запобігання інфекціям відповідно до поточних умов Міністерства охорони здоров'я.
6. Дозвіл конкретних документів щодо контролю серйозних інфекційних захворювань та суворе співвідношення з організацією роботи та медичною терапією у пандемію.
7. Існування міжнародної системи управління та контролю якості та безпеки медичної діяльності відповідно до вимог для своєї організації та здійснення відповідно до поточного законодавства з регулярними змінами показників, ефективний контроль та управління охороною здоров'я пацієнта у праві на задоволення необхідності та якості здоров'я.
8. Висновок з організаційно-методичної та продуктивної роботи з ВІЛ-сервісними організаціями, планування, отримання та управління запасами антиретровірусних препаратів, тестів, препаратів для лікування опортуністичних інфекцій відповідно до розподілу; ведення обліково-звітної документації; забезпечення транспортування антиретровірусних препаратів.
9. Використання та зберігання залишків лікарських засобів та виробів медичного призначення, необхідних для лікування хворих, в т.ч. після закінчення терміну дії договору.

10. Включення закладу охорони здоров'я до відповідного наказу управління охорони здоров'я з питань видачі антиретровірусних препаратів та отримання таких препаратів.

11. Забезпечення оцінки стану здоров'я пацієнта/пацієнта, у тому числі виявлення ознак насильства та дотримання вимог законодавства у сфері протидії насильству.

Дотримання прав людини у закладі охорони здоров'я відповідно до рекомендацій Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини та положень Конвенції про захист прав людини та основних свобод, Конвенції про права людини, особи з обмеженими можливостями.

Суб'єкт господарювання, який бажає укласти договір з НСЗУ, повинен відповідати Вимогам до постачальника медичних послуг, з якими основні розпорядники бюджетних коштів укладають договори на надання медичних послуг, що затверджуються Кабінетом Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 391.

Антиретровірусна терапія (АРТ) згідно рекомендацій ВООЗ призначається всім ВІЛ-інфікованим незалежно від рівня CD4- лімфоцитів [46]. Цей підхід «Test and Start» дозволяє пацієнтам отримувати специфічне лікування ВІЛ відразу після діагностування ВІЛ-інфекції. У 2015 році відповідно до нової глобальної і регіональної стратегії ЮНЕЙДС FAST TRACK та рекомендацій ВООЗ щодо стратегічної інформації з організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, в Україні були внесені зміни до Клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків. У 2019 році було затверджено новий Клінічний протокол із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції. Станом на 01.01.2020 року в Україні отримували АРТ 113046 ЛЖВ. Розширення АРТ відбувається за рахунок коштів Державного Бюджету, частка якого за останні три роки зросла до 69%.

У 2020 р надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам забезпечували 439 сайтів АРТ, кількість яких з 2017 року збільшилась на третину. Розширення мережі установ і організацій, що надають медичну допомогу ЛЖВ, збільшилось переважно за рахунок відкриття нових сайтів на базі амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я. Проте, слід звернути увагу на те, що з переходом на оплату наданих послуг від НСЗУ в умовах реформи охорони здоров'я йде об'єднання, трансформування і часто закриття регіональних центрів СНІДу, які надавали високо специфічну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, через повну відсутність державного фінансування даних структур з перекладанням функцій фінансування закладів через НСЗУ та місцеве самоврядування.

Поглиблений аналіз діяльності регіональних Центрів СНІДу в умовах трансформації системи охорони здоров'я України та її вплив на службу ВІЛ показав наступне. Львівський Центр СНІДу переформатований в Центр статистики з відділом СНІДу, немає офіційної інформації, що буде з поліклінічним відділенням з січня 2022р. Госпіталізація пацієнтів з СНІД відбувається в туберкульозне відділення нейрофтизіатрії. У Харкові є Центр СНІДу як амбулаторно-поліклінічне відділення з денним стаціонаром. Госпіталізація пацієнтів з СНІД відбувається в окреме відділення в структурі інфекційної лікарні. Вінниця має Клінічний центр інфекційних хвороб, в складі якого є амбулаторно-поліклінічне та стаціонарне відділення для ВІЛ-інфікованих хворих, та хворих на ковід. Суми має лише поліклінічне відділення в складі Клініки соціально небезпечних захворювань (псих, нарко, ВІЛ). В інфекційну лікарню хворих з СНІД не приймають, через зайнятість ковід. Одеса – ТБ/ВІЛ центр соціально значимих хвороб, на даний момент стаціонарне лікування хворих з СНІД не доступне через ковід. Дніпро – міська інфекційна лікарня має відділення ВІЛ, але на даний момент через ковід пацієнти зі СНІД там не лікуються. У Києві здійснюється лікування хворих з СНІДом у окремому відділенні 5 міської клінічної лікарні та клініка

Громашевського з відділенням СНІДу. У Миколаєві, Одесі, Києві та Полтаві є паліативні відділення для хворих на СНІД. Запоріжжя центр СНІДу приєднано до інфекційної лікарні, де є відділення СНІДу, але на даний час займається ковід. В інших містах України, наприклад Чернівці є лише поліклінічне відділення Центру СНІД, і виникає проблема з госпіталізацією хворих з СНІДом, якщо є ТБ, то є шанс госпіталізувати в ТБ клініку, інакше – просто терапевтичне відділення. Але за даними НСЗУ у 2021 році 376 закладів охорони здоров'я заключили договір з НСЗУ по пакету «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)», в тому числі відбувається децентралізація послуг ВІЛ в сімейну медицину, переважає тестування ВІЛ-інфекції швидкими тестами та планується подальше призначення специфічного лікування ВІЛ лікарями загальної практики – сімейної медицини. В даному пакеті ВІЛ відсутня умова для заключення пакету саме спеціалізація інфекційних хвороб, тобто будь-який лікар, який пройшов тижневий курс тематичного удосконалення на базі післядипломного навчання має право призначати АРТ. З одного боку, це має переваги в умовах зростаючої кількості пацієнтів з ВІЛ, але з іншого система охорони здоров'я України не готова до того, щоб ВІЛ-інфіковані пацієнти спостерігалися у сімейних лікарів, які особливо в епоху ковід пандемії завантаженні роботою з хворими на ковід. Крім того, пацієнти з ВІЛ відмічають стигматизацію та дискримінацію щодо ВІЛ та вживання наркотиків чи роботу в секс бізнесі лікарями загальної ланки, а тому перевага надається регіональним центрам СНІДу подалі від місця проживання ВІЛ-інфікованих осіб. А це на даному етапі зовсім не враховується в реформі медицини, коли планується залучення сімейних лікарів до проблем ВІЛ. Крім того, сімейні лікарі не мають необхідних знань, вмінь та часу на їх отримання в лікуванні тяжких опортуністичних хвороб/СНІДу у ВІЛ-інфікованих осіб на пізніх стадіях виявлення ВІЛ, яке складає більше 50% від усіх виявлених випадків, як зазначалося раніше.

Стигма та дискримінація, які пов'язані з ВІЛ/СНІДом, обмежують права ВІЛ-інфікованих та призводять до їх дезадаптації в суспільному житті [34]. Саме стигма, що пов'язана з ВІЛ/СНІДом, стає на заваді відкритому обговоренню причин епідемії та здійсненню ефективних заходів протидії цій епідемії. Замовчування цієї проблеми може призвести до заперечення її існування і гальмування вжиття невідкладних заходів щодо її вирішення. Подолати стигму та дискримінацію в українському суспільстві можливо за допомогою освіти, яка здійснює те, що не виходить зробити антидискримінаційному законодавству: змушує людей переглядати і долати страхи. При цьому важливо здобувати знання не тільки про ризики та шляхи інфікування, а й права ЛЖВ, стигму та дискримінацію, що пов'язані з ВІЛ/СНІДом. Аналіз проявів стигми та дискримінації, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, переконливо свідчить, що це системна проблема, яка потребує комплексного підходу та зусиль держави і суспільства загалом. Водночас боротьба з проявами стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД є несистемною, незлагодженою, розрізненою, науково необґрунтованою та неефективною. Сучасний стан проблеми ВІЛ/СНІДУ свідчить про недосконалість державної політики щодо протидії стигматизації та дискримінації, що пов'язані з ВІЛ/СНІДом. Це потребує впровадження нових підходів до вирішення проблеми стигматизації та дискримінації ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД. Зокрема, зазначену проблему можливо розв'язати лише за умови формування та реалізації відповідної публічної політики. У цьому зв'язку визначення шляхів удосконалення формування та реалізації публічної політики протидії ВІЛ інфекції/СНІДУ в Україні, що передбачає подолання стигми та дискримінації, є способом вирішення цієї проблеми. Вивчення публічної політики з подолання стигми та дискримінації ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД в Україні не було предметом наукового дослідження в галузі знань публічного управління та адміністрування. Для реалізації цілей боротьби зі стигмою та дискримінацією, що пов'язані з ВІЛ-

інфекцією/СНІДом, потрібен спільний вплив з боку державних інституцій та громадського сектору. Саме дієве громадянське суспільство та його ефективний діалог із владою сприятимуть досягненню цілей публічної політики та розв'язанню суспільних проблем.

Таким чином, в Україні відбувається реорганізація/ліквідація регіональних центрів СНІДу з децентралізацією ВІЛ-сервісу в сімейну медицину. Але, за повідомленням засідання підкомітету з питань забезпечення епідемічної безпеки, боротьби із ВІЛ/СНІД та соціально небезпечними захворюваннями від 29.11.2021 як зам. Міністра Кузіна, так і голови НСЗУ Гусак незважаючи на те, що 376 закладів в Україні заключили договори з НСЗУ децентралізація ВІЛ-сервісу у сімейну медицину відбувається повільно, тому що сімейні лікарі зайняті ковід та не мають бажання займатися ключовими групами населення з ВІЛ, віддаючи даних пацієнтам інфекціоністам спеціалізованих клінік. На сьогодні Україна має 71%–87%–94% показники досягнення цілей 90/90/90, пізня діагностика ВІЛ з виявленням пацієнтів у стадії СНІДу має місце в 53% випадків, стигма і дискримінація пацієнтів з ВІЛ спостерігається в суспільстві і закладах охорони здоров'я зокрема, тому необхідно чітко розуміння ролі держави в визначення маршруту пацієнта з СНІДом, зокрема обов'язкове виділення необхідної кількості ліжок в інфекційних стаціонарах, збереження існуючих стаціонарів допомоги хворим з СНІДу/ паліативних відділень зі СНІДом. Тому що, в умовах реорганізації реформи відсутнє державне фінансування, а перекладено повноваження на НСЗУ – але відступній пакет НСЗУ, що чітко визначав покриття стаціонарної допомоги хворих з ВІЛ, існує лише пакет амбулаторно- поліклінічної допомоги з ВІЛ, тому лікування СНІДу зовсім не передбачено і не покривається в НСЗУ, а місцеве самоврядування (обласні ради та Департаменти охорони здоров'я) у кожному регіоні на власний розсуд приймають рішення в необхідності чи відсутності фінансування ВІЛ служб, іноді просто ліквідуючи заклади, замість дотації фінансів з місцевого бюджету. Тому, відсутність єдиної державної

політики регулювання ВІЛ сервісів в Україні може мати непоправимі наслідки для ВІЛ-позитивних пацієнтів в найближчий час.

В умовах децентралізації саме керівники громад несуть основну відповідальність за здоров'я своєї громади, і саме їм важливо побудувати спроможну мережу медичних закладів. А також створити такі умови, за яких медичні працівники прагнули б працювати у лікарнях певної громади.

Питання якості допомоги є важливими для медичних закладів, а не лише наявність останнього на території громади.

У проєкті Держбюджету на 2022 рік передбачено збільшення мінімальної заробітної плати для медичних працівників, для медичних сестер від 13,5 тис. грн, а для – лікарів від 20 тис. грн. Для цього у Програму медичних гарантій закладено на 34 млрд грн більше, ніж цього року.

Національна служба здоров'я стала локомотивом трансформації системи охорони здоров'я. МОЗ формує політику, НЗСУ її впроваджує. Але важливо відзначити, що важливу роль відіграє місцеве самоврядування. Потрібно, щоб мешканець кожної громади отримав якісну медичну допомогу.

По-перше, органи місцевого самоврядування мають обов'язки щодо організації медичної допомоги в регіоні. Вони є власниками медичних закладів, тобто мають повноваження щодо організації, реорганізації, реструктуризації закладів, а також, і це одне з основних, наймати керівників цих закладів та здійснювати капітальні вкладення, ухвалювати певні програми та медичні програми. Усе це має велике значення у підготовці установи до укладення договору про НЗСУ. Адже для того, щоб установа могла отримати більше договорів, більше пакетів, а отже, і більшу суму договору, місцева влада разом із керівником закладу має підготувати цей заклад. Крім того, місцева влада зобов'язана оплачувати комунальні послуги та підтримувати матеріальну базу. Але, як і за два роки, підтримка з боку органів місцевого самоврядування, по-перше, дуже неоднорідна, а по-друге – почала знижуватися.

Зменшується підтримка їх установ з боку місцевого самоврядування. В середньому по Україні допомога місцевої влади становить близько 14% усіх надходжень медичного закладу. Там найвищий відсоток, показовий – це Полтавська область, там 28%. І дуже низькі відсотки, зокрема, у Чернівцях (6%) та Херсоні (7%). За звітами, які заклади подають до НСЗУ, щоквартально видно, що є власники закладів, які не платять за комунальні послуги, хоча це передбачено законодавством. А таких закладів по всій Україні аж 101. Є також питання фінансової мотивації медичних працівників. Фінансова мотивація медичних працівників тепер є обов'язком керівника медичного закладу, але керівника обирає місцева влада, а фінансовий план цього керівника погоджує місцева влада. І вона повинна контролювати, які суми він заклав на зарплату, мотиваційний пакет чи без перекручень. У деяких закладах заробітна плата керівника узгоджується в 6-10 разів вище, ніж у лікаря цього ж закладу. Такого не повинно бути, це має бути підконтрольним власнику закладу – місцевій владі.

Для реалізації указу про підвищення заробітної плати медичним працівникам у 2022 році заклади мають бути підготовлені до укладання контрактів. Завдання місцевої влади – оглянути всю мережу медичних закладів на своїй території та прийняти управлінські рішення щодо деяких із них. Тепер місцева влада має можливість приймати додаткові місцеві програми та запроваджувати деякі програми фінансової підтримки. Не може бути ситуації, коли установам не вистачає коштів на виплату зарплати, а місцева влада не оплачує комунальні послуги. З іншого боку, не може бути ситуації, яка зараз повідомляється, що заклад 70%, 80%, а деякі установи 90% коштів, які вони отримують за договором з НСЗУ, витрачають на капітальні витрати, не підвищуючи зарплату до лікарів. Це теж неприпустимо.

Варто зазначити, що для того, щоб все працювало ефективно, має бути залучена місцева влада. На її боці – необхідність виконання кількох важливих завдань, зокрема, перше завдання – створити маршрут для пацієнта. Маршрут

пацієнта повинен бути таким: хворий лікувався в стаціонарі, потім його не слід просто виписувати на вулицю. Маршрут фіксується та узгоджується на рівні місцевого управління охорони здоров'я. Пацієнт знає, що йде з лікарні, знає, де у нього сімейний лікар, знає, до кого звернутися і хто його супроводжуватиме. Це називається маршрутом пацієнта. Деякі заклади не виявляли бажання укладати контракти на певні пакети, а місцева влада не побачила, що ця послуга їм потрібна, і, відповідно, не підготувала свої заклади до укладання договорів. Тобто система не всюди працює, а повинна працювати всюди. Зазначу, що на рівні лікарняної ради, на рівні місцевої влади має вирішуватися, яких видів послуг не вистачає конкретній громаді.

Питання протидії ВІЛ/СНІДу в Україні є одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку та є предметом міжнародних зобов'язань. Для ефективної боротьби з епідемією ВІЛ необхідна вчасна та достовірна інформація про поширеність ВІЛ серед основних груп ризику. Так, у вересні 2021 року в Києві відбулася координаційна нарада головних медичних працівників центрів ВІЛ/СНІД України. Під час заходу учасники обговорили, зокрема, питання профілактики ВІЛ та медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ в Україні, аспекти навчання, аналізу та звітності у сфері профілактики ВІЛ. Також, було представлено проект змін до наказу МОЗ № 180 та результати дослідження впливу реформи охорони здоров'я на надання послуг людям, які живуть з ВІЛ. Щодо надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, за програмою медичних гарантій описано чіткий перелік та обсяг медичних послуг, які гарантуються українцям та фінансуються з державного бюджету. Ці послуги мають бути доступними для всіх, незалежно від віку, місця проживання, соціального та економічного статусу. В Україні 376 закладів надають допомогу пацієнтам за пакетом «Діагностика, лікування та підтримка людей, які живуть з ВІЛ (і з підозрою на ВІЛ)». Люди, які живуть з ВІЛ, мають можливість отримати безкоштовну медичну допомогу за програмою медичних гарантій на всіх рівнях медицини.

Тестування на ВІЛ можна зробити безкоштовно у лікаря, з яким підписано декларацію, або в установах, затверджених НСЗУ для діагностики, лікування та підтримки людей, які живуть з ВІЛ. Антиретровірусні препарати в Україні доступні всім людям, які живуть з ВІЛ – їх можна отримати абсолютно безкоштовно. Також, наступного року планується підвищення єдиної ставки за лікування ВІЛ-інфікованих, а також розширення охоплення безкоштовних медичних послуг для таких пацієнтів.

Проведений аналіз моделей надання допомоги ВІЛ-інфікованим в Україні показав, що поряд з державними та комунальними закладами охорони здоров'я зростає вага недержавних закладів охорони здоров'я. Так, клініка «Test & Treat» Фондації АнтиСНІД-США в Україні – це недержавний заклад охорони здоров'я, де клієнти можуть безкоштовно пройти тест на ВІЛ та одразу почати лікування ВІЛ-інфекції та супутніх захворювань у випадку їх виявлення, отримувати призначені лікарем ліки для профілактики та лікування та комплексну необхідну підтримку. Фондація АнтиСНІД-США в Україні (AIDS Healthcare Foundation Ukraine (АНФ Ukraine)) – незалежна організація, яка повністю самофінансується за рахунок реалізації унікальної моделі «соціального підприємництва». Усі кошти, інвестовані у програми в Україні, зокрема у відкриття клініки «Test & Treat», отримані від доходів соціальних підприємств Фондації в США. Фондація АнтиСНІД-США є глобальною організацією, яка відкрила більш ніж 500 таких клінік у 43 країнах. Клініка «Test & Treat» була відкрита в Одесі в грудні 2017 року за кошти Фондації АнтиСНІД-США в Україні. Клініку відкрито за співпраці з Одеським обласним центром соціально-значущих хвороб в рамках меморандумів про наміри між Фондацією АнтиСНІД-США в Україні та Міністерством охорони здоров'я, а також між Фондацією та Департаментом охорони здоров'я Одеської обласної державної адміністрації. Дана клініка – приклад ефективного партнерства між державою та неурядовою організацією задля боротьби з ВІЛ в Україні.

В основі роботи клініки лежить комплексна модель, що передбачає раннє виявлення ВІЛ-інфекції, її швидке та ефективне лікування з наданням пацієнтові максимального доступу до інтегрованих медичних послуг на базі одного закладу. Комплексні послуги передусім спрямовані на індивідуальні потреби кожного відвідувача клініки.

Інша інноваційна модель надання послуг ВІЛ-інфікованим – інтервенція інтегрованих послуг з ВІЛ/ТБ/ЗПТ/ВГС, що була створена на місцевому рівні в одній із клінік замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) міста Києва у 2013 році, починаючи з запровадження тестування на ВІЛ у клієнтів ЗПТ, а в 2016 році перейшла в повністю інтегровану програму. ініційований АНФ Україна на другому етапі розвивався як партнерство між АНФ, місцевими органами охорони здоров'я, двома лікарнями, Центром СНІДу та Центром для споживачів наркотиків та Альянсом громадського здоров'я. Програма була побудована на основі раніше діючої програми ЗПТ, яка діє з 2006 року в рамках проекту Глобального фонду.

Інтегрований сайт, спрямований на подолання бар'єрів у медичних послугах для ВІЛ-позитивних клієнтів ЗПТ, пов'язаний з різними місцями надання послуг, таких як тестування на ВІЛ, профілактика та лікування туберкульозу, ЗПТ та підтримка активних споживачів наркотиків, лікування ВІЛ, стигма, витрати на транспортування та час перебування в установах різни локацій – туберкульозного диспансеру, центру СНІД та наркологічного диспансеру з обмеженим доступом до послуг для людей, які вживають наркотики. Щоб наблизити пацієнтів до допомоги, АНФ запровадила швидке тестування на ВІЛ на місці, що спростило алгоритм відповідності пацієнтам ЗПТ у 2013 році. У 2016 році АНФ запровадила АРТ, лікування та профілактику ОІ та профілактику туберкульозу. Мета полягала в тому, щоб об'єднати три різні служби, які є ЗПТ, лікуванням ВІЛ та туберкульозом, а також домовитися, організувати та підтримати їхню співпрацю на базі сайту ЗПТ для інтегрованого догляду за пацієнтами. Приміщення було напівзруйноване, а для

організації кабінетів для надання АРТ, АНФ провела ремонт. Послуги, що надаються на сайті ОЗП з підтримкою АНФ, охоплюють консультування та тестування на ВІЛ, АРТ, туберкульоз, HCV, HBV, профілактику сифілісу, скринінг, можливість організації діагностики та лікування (DOTS), лікування та профілактику опортуністичних інфекцій у хворих зі СНІДом, психіатричне лікування, формування прихильності до лікування, утримання в догляді, групи підтримки, роздача презервативів та інформаційні матеріали щодо профілактики ВІЛ, туберкульозу, ППСШ. Місцева влада надає приміщення та АРВ-препарати.

Програма «Альянс громадського здоров'я через Глобальний фонд» підтримує ОЗТ та лікування ВГС, починаючи з 2017 року. Усі послуги надаються в середовищі без стигматизації в центральних приміщеннях, недалеко від місцевого транспорту. Усі послуги безкоштовні. Є три додаткові мотиви для пацієнтів дотримуватися лікування та залишатися під наглядом на цьому сайті: отримувати ОЗТ довше одного дня, психічне здоров'я та безкоштовні презервативи. Якщо у пацієнта досягається не визначальний рівень вірусного навантаження ВІЛ, він/вона може отримувати таблетки ЗПТ 1 раз на 10 днів. Це дуже обнадійливо для людей, оскільки вони не прив'язані до свого місця проживання і мають можливість подорожувати в інше місце протягом цих 10 днів.

Люди відчують більше свободи щодо свого часу та місця, тому пацієнтам рекомендується регулярно приймати АРТ. Пацієнти, які потребують підтримки з приводу психічного здоров'я, можуть отримати психіатричну допомогу, яка підтримує утримання та покращує якість життя людини. Крім того, безкоштовна роздача презервативів для всіх клієнтів сайту ЗПТ допомагає запобігти новим інфекціям та ППСШ. Таким чином, основною метою даної програми є надання комплексної допомоги ВІЛ/ТБ/ОЗТ/HCV клієнтам, які в минулому вживали наркотики. На рівні медичних послуг інтеграція спрямована на зниження витрат на надання послуг, у тому числі адміністрування в різних

зкладах. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, АРТ слід надавати на сайтах ЗПТ. Результати програми будуть служити моделлю та рекламою для інших сайтів ОЗТ для організації комплексної допомоги. Для підтримки цієї концепції АНФ Україна підготувала інформаційні буклети з описом практики та розповсюдила їх у міських закладах охорони здоров'я та в місцевому управлінні охорони здоров'я. Практика базується на існуючій законодавчій базі, в якій пом'якшено положення щодо надання ЗПТ на первинному рівні.

Основна перевага моделі в стабільності полягає в тому, що витрати на адміністрування інтегрованого сайту можуть бути знижені за рахунок менших витрат на адміністративний персонал на одному сайті в порівнянні з трьома окремими службами, зниження смертності серед пацієнтів та єдиної бази даних, яка підтримує моніторинг пацієнтів.

Інша модель надання послуг ВІЛ-інфікованим, яка розвивається в Україні – це медичні центри "100% ЖИТТЯ". Дані заклади працюють як неприбуткові медичні заклади: кошти, що отримані за платні послуги, спрямовуються на безкоштовне лікування представників груп ризику. Проект медичних центрів "100% життя" розроблено за фінансової підтримки міжнародних донорів: Глобального фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, Expertise France 5% Initiative. Сучасне медичне обладнання гінекологічного кабінету у Києві – внесок Фонду Олени Пінчук.

БО "100% ЖИТТЯ" — найбільша пацієнтська організація в Україні, яка ставить мету, щоб 100% українських пацієнтів мали 100% доступ до лікування. Організація прагне змінити якість життя ВІЛ-позитивних людей, сприяючи реалізації прав та обов'язків людей, які живуть з ВІЛ, туберкульозом та гепатитами, включаючи право на самовизначення та право на участь у прийнятті рішень, що впливають на їхні життя. Мережа працює з пацієнтами та для пацієнтів, в тому числі представляючи інтереси людей, які живуть з ВІЛ, в 25 регіонах України. Мережа працює з 2001 року та є основним реципієнтом та виконавцем проектів Глобального Фонду та USAID в Україні. «100% Життя» є

провідним партнером держави у впровадженні медичної реформи та розробником системи eHealth. 2016 року Мережа отримала нагороду PEPFAR за найкраще партнерство та стала найбільшим благодійником країни 2016 та 2017 років за версією Українського форуму благодійників. Щороку Мережа надає послуги більш ніж 190 тисячам пацієнтів, 90 тисяч з яких — ЛЖВ.

### **2.3. Основні принципи державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні до 2030 р.**

Стратегія врегулювання проблеми ВІЛ/СНІД в Україні ґрунтується на визнанні її одним з пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку, приверненні уваги до цієї проблеми Президента України, Парламенту та Уряду країни, розумінню того, що СНІД - це глобальна проблема і стосується всього суспільства і кожної людини зокрема. Вирішення проблеми СНІДу стало своєрідним критерієм, за яким визначається рівень демократичності держави.

Виявити потенційних партнерів для об'єднання зусиль у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, мобілізувавши широкий спектр людей, знань, кадрових та матеріальних ресурсів можливо тільки за умов ретельного аналізу об'єктивної ситуації, що склалася в Україні [1; 62].

Проведений аналіз нормативно-правової бази державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні показав, що вона складається з міжнародних ратифікованих Україною та національних нормативно-правових актів, до яких належать закони, постанови і розпорядження Верховної Ради України, укази і розпорядження Президента України, постанови і розпорядження Кабінету Міністрів України, накази, рішення колегій, рекомендації та інструкції Міністерства охорони здоров'я України, інших центральних органів виконавчої влади та інші документи. Участь інституцій громадянського суспільства в організації національної

відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні є надзвичайно важливою і реалізується через систему загальних та спеціальних функцій управління. Основними формами взаємодії є законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем спільними зусиллями; переадресація клієнтів; обмін інформацією; спільні бази даних тощо.

Державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу реалізується на чотирьох рівнях: представництво інтересів і спільної позиції НУО і державних структур перед міжнародними донорами (міжнародний рівень), що сприяє конструктивному діалогу та партнерству; надання технічної допомоги у вигляді навчання, консультування та інших форм для представників НУО, ініціативних груп і державних установ (національний рівень); надання підтримки та адресної допомоги представникам груп високого ризику (рівень індивідуальної взаємодії) та членам їх родини (рівень територіальної громади) [12].

Свідченням того, що проблема СНІДу в Україні набула державної ваги, стали:

- закони України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», «Про внесення змін до Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД»;

- укази Президента України «Про вдосконалення державного управління у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Україні», «Про невідкладні заходи щодо запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу», «Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом»;

- постанови Кабінету Міністрів України від 24.06.2009 № 621 «Про

внесення змін до Положення про Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу і її складу», від 11.07.2007 № 926 «Концепція загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД» [60,78].

Верховною Радою України прийняті Закони України «Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення», «Про внесення змін до Закону України „Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення», «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД», які визначають політику держави в галузі СНІДу і відповідають міжнародним нормам щодо прав людини [60].

Створено Національну координаційну раду з питань запобігання захворюванню на СНІД при Кабінеті Міністрів України, що дає можливість забезпечення комплексної розробки національної політики і міжвідомчої координації планів і дій окремих Міністерств, а також контролю та здійснення стратегій у сфері ВІЛ/СНІДу [76].

Національна рада по боротьбі з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом – тимчасовий консультативний орган, заснований Кабінетом Міністрів України. Рада забезпечує, щоб Кабінет Міністрів України діяв як національний координатор з реалізації Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні.

Рада керується Конституцією та законами України, а також указами Президента України та постановами Верховної Ради України, прийнятими відповідно до Конституції та законів України, актів Кабінету Міністрів України та України.

Основними завданнями Ради є:

- розробка пропозицій щодо розстановки пріоритетів та забезпечення

реалізації державної політики у сфері боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом, консолідованого використання коштів, передбачених у державному та місцевих бюджетах, коштах міжнародних та благодійних організацій та громадських об'єднань, призначених для фінансування програм та заходів у боротьбі з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом, щоб витратити їх раціонально та ефективно;

- сприяння узгодженій діяльності міністерств, інших центральних та місцевих виконавчих органів, органів місцевого самоврядування, міжнародних та благодійних організацій та громадських об'єднань, у тому числі об'єднуючих людей, хворих на туберкульоз та ВІЛ/СНІД, представників груп підвищеного ризику щодо туберкульозу та груп підвищеного ризику ВІЛ, трансгендери, учасники об'єднаних сил та контртерористичної операції, бізнес-спільноти, профспілки, асоціації роботодавців та релігійні організації для реалізації проектів державного рівня з туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, включаючи гранти від Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом, ВІЛ/СНІД;

- участь у розробці проектів постанов, програм та заходів щодо боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом;

- інформувати Кабінет Міністрів України та громадськість про результати заходів щодо боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом.

Рада відповідно до покладених на неї завдань має право:

- 1) за необхідності утворювати консультативні, експертні та робочі групи за участю відомих вчених, спеціалістів науково-дослідних інститутів, вищих навчальних закладів, інших установ та організацій (за згодою їх керівників);

- 2) отримувати в установленому порядку від органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій інформацію, необхідну для виконання покладених на них завдань;

- 3) вносити в установленому порядку пропозиції щодо використання коштів, передбачених у державному та місцевих бюджетах, на боротьбу з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом.

Раду очолює Міністр охорони здоров'я. Один із депутатів - представник громадських об'єднань та благодійних організацій людей, хворих на туберкульоз або ВІЛ/СНІД, що належать до груп підвищеного ризику туберкульозу та груп підвищеного ризику зараження ВІЛ (за згодою). Віцепрезидент Ради з числа представників громадських об'єднань та благодійних організацій людей, які живуть з туберкульозом або ВІЛ/СНІДом, що належать до груп підвищеного ризику туберкульозу та груп підвищеного ризику зараження ВІЛ-інфекцією, обирається членами Ради за її дотримання, принцип рівних можливостей між чоловіками та жінками. Секретар Колегії є представником Міністерства охорони здоров'я, яке не є членом Колегії.

Рада складається з Голови Ради директорів, його заступників; представників міністерств, інших центральних та місцевих виконавчих органів, органів місцевого самоврядування, міжнародних та благодійних організацій та профільних громадських об'єднань, у тому числі об'єднуючих людей, які живуть з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом, групи високого ризику щодо туберкульозу та групи високого ризику; боротьба з ВІЛ, трансгендери, вимушені переселенці, учасники Операції Об'єднані сили та Контртерористичні операції, а також представники бізнес-спільноти, профспілок та об'єднань роботодавців та релігійних організацій;

Для виконання певних завдань Ради можуть створюватися постійні комісії та президія Ради. Голови Комітетів є членами Ради. До складу комітетів, крім членів Правління, можуть входити представники органів виконавчої влади, міжнародних та благодійних організацій та громадських об'єднань, у тому числі об'єднуючі людей, хворих на туберкульоз та ВІЛ/СНІД, що належать до груп людей, які живуть із туберкульозом та ВІЛ/СНІДом. у підвищений ризик туберкульозу та групи підвищеного ризику. з ВІЛ-інфекції, бізнес, профспілки, асоціації роботодавців та релігійні організації. Організаційна форма роботи Правління - засідання, що проводяться відповідно

до плану роботи, який затверджується рішенням Правління, але не рідше одного разу на три місяці.

Указом Президента України від 9 грудня 2010 року № 1085/2010 „Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади створена державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань” [72].

Законодавче закріплена можливість міжнародного співробітництва дозволяє вивчати та застосовувати кращий світовий досвід з питань захисту прав людини, пов’язаних з ВІЛ, охороною здоров’я та інших.

В державі сформована мережа спеціалізованих лікувально-профілактичних закладів - обласних та міських Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом.

Підготовлені фахівці, які працюють в сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в різних Міністерствах та відомствах: охорони здоров’я, внутрішніх справ, оборони, освіти та інших. Функціонує Міжнародний навчальний центр з питань організації профілактики серед ВІЛ-уразливих груп.

В Україні існує мережа громадських організацій, які займаються різними напрямками профілактичних втручань: робота з споживачами ін’єкційних наркотиків, жінками секс-бізнесу, молоддю, ВІЛ-інфікованими на засадах дотримання прав людини. Результати їх діяльності викликають інтерес та підтримку з боку міжнародних донорів, що особливо актуально в умовах обмеженого державного фінансування [22,38].

Найбільш впливовим джерелом інформування населення з проблеми ВІЛ/СНІДу є засоби масової інформації. Згідно Статті 11 «Соціальна рекламна інформація» Закону України «Про рекламу» передбачено право безкоштовного розміщення соціальної реклами обсягом не менше 5% ефірного часу (друкарської площі).

В Україні створена законодавча та директивна база, яка великою мірою спрямована на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу, захист прав людини, у тому числі

ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, міжнародне співробітництво з питань обміну знаннями досвідом з проблем, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом, охороною здоров'я та інші. Складна епідемічна ситуація в країні визначила профілактику ВІЛ-інфекції як одне з пріоритетних завдань держави в галузі охорони здоров'я населення.

Основними принципами державної політики є:

- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- випереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;
- боротьба з ВІЛ-інфекцією/СНІДом є одним з пріоритетних завдань держави в галузі охорони здоров'я населення [15; 29; 81; 82].

З метою забезпечення комплексної розробки і координації на високому рівні національних планів дій окремих Міністерств, а також контролю та здійснення стратегій у відношенні ВІЛ/СНІДу постановою Кабінету Міністрів України від 13 серпня 1999 року № 1492 «Про утворення при Кабінеті Міністрів України Національної координаційної ради з питань запобігання захворюванню на СНІД» була створена Національна координаційна рада, яку очолює Віце-прем'єр міністр України.

До складу Національної координаційної ради входять представники: Міністерства охорони здоров'я України, Державного комітету національної

міграції, Академії медичних наук, Міністерства соціальної політики України, Міністерства надзвичайних ситуацій України, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України, Міністерства економіки, Міністерства оборони, Служби безпеки України, Міністерства культури України, Академії педагогічних наук, Міністерства фінансів, Держтелерадіо, Міністерства аграрної політики та продовольства України, Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, Міністерства закордонних справ України, Національної академії наук, Міністерства юстиції України, Державного комітету з питань науки та інтелектуальної власності, Державної митної служби, Державного комітету інформаційної політики, Міністерства внутрішніх справ, Науково-дослідного інституту епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського, Інституту мікробіології і вірусології ім. Д.К.Заболотного та Голова Комітету Верховної ради України з питань охорони здоров'я, материнства та дитинства, народні депутати України [46,60,72].

Національна координаційна рада з питань запобігання захворюванню на СНІД (далі - Рада) є постійно діючим органом при Кабінеті Міністрів України.

Як зазначалось вище, основними завданнями Ради є:

- координація діяльності міністерств, інших центральних органів виконавчої влади та забезпечення взаємодії з відповідними громадськими організаціями з питань профілактики і боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- розроблення комплексних заходів щодо профілактики і боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом;
- організація підготовки та виконання програм запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- розроблення на основі міжнародних договорів пропозицій про участь представників України в міжнародних організаціях, симпозіумах, конференціях тощо і здійснення заходів щодо співробітництва з міжнародними організаціями та відповідними органами зарубіжних країн з метою активізації спільних зусиль та вивчення досвіду їх роботи у цій сфері;

- організація підготовки та внесення в установленому порядку пропозицій про розроблення і вдосконалення законодавчих та інших нормативно-правових актів, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу;

- інформування Кабінету Міністрів України і відповідних міжнародних організацій про стан поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні та здійснення заходів, спрямованих на запобігання цьому поширенню [60].

В Україні створена законодавча та директивна база, яка в великій мірі спрямована на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та захисту прав людини.

Основними принципами її є:

- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- випереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я.

Основна мета державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні до 2030 р. схематично зображена на рис. 2.14.

Подолання епідемій ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів як глобальних загроз здоров'ю та добробуту населення.

Покращення якості та тривалості життя.

Зменшити захворюваність, інвалідність та смертність

- Шляхом створення та впровадження ефективних, інноваційних, інноваційних заходів, які забезпечують якісні та доступні послуги з профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки, а також потреб людини та пацієнта.

Рис. 2.14 – Державна стратегія щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні до 2030 р.

Цілі та інструменти реалізації Стратегії базуються на таких ключових принципах та принципах:

- повага до прав людини та недискримінація за ознаками здоров'я, віку, соціального статусу, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, професії та інших ознак, а також гарантувати рівність, у тому числі гендерну, та користування правами і свободами людини незалежно від цих характеристик;
- пріоритет права на здоров'я, що не тільки забезпечує повний і рівний доступ до медичних послуг, а й створює сприятливі умови для реалізації їхніх прав та активного управління власним здоров'ям та здоров'ям навколишнього середовища;
- прозорість та відкритість – забезпечення громадськості інструментами для їх значущої участі та впливу та забезпечення відповідної підзвітності та підзвітності суб'єктів управління;
- обґрунтованість – формування підходів на основі доказових, експертних та об'єктивних даних з урахуванням послідовності процесів та з урахуванням оптимального використання наявних і потенційних ресурсів;
- проактивність – формування політики та заходів щодо режиму

передбачення прогнозованих викликів та з можливістю внесення обґрунтованих коригувань з метою вдосконалення підходів до реалізації Стратегії;

- вимірюваність цілей і критична оцінка - визначення чітких проміжних і кінцевих цілей і завдань, ефективність яких можна виміряти та оцінити;

- міжгалузєва співпраця - ефективна взаємодія, координація зусиль та ефективне управління шляхом розподілу повноважень між виконавцями відповідно до притаманних їм функцій;

- безперервність і безперервність – підтримання спрямованості на цілі та завдання стратегії незалежно від політичних чи інших факторів, накопичення та передача позитивного досвіду, управлінського, науково-технічного потенціалу.

Варто звернути увагу, що елімінація - це зниження рівня циркуляції збудника серед населення або окремої групи до рівня показників, визначених ВООЗ; ключові групи населення - групи населення, визначені відповідно до рекомендацій МОЗ, які з урахуванням певних поведінкових практик, фізичних та психофізіологічних станів та інших умов, що мають очевидний вплив на підвищений ризик зараження ВІЛ, вірусним гепатитом або туберкульозом, є пріоритетними у формуванні та реалізації заходів щодо реалізації Стратегії; а спільноти – це групи людей, об'єднаних і взаємопов'язаних певною структурою, спільними цілями і напрямками діяльності, включаючи реалізацію стратегії, виконання її окремих завдань і представництво інтересів людей, перед якими поставлені цілі стратегії.

Шляхи і засоби вирішення проблеми полягають в досягненні стратегічних та оперативних цілей стратегії. Стратегічні цілі розподілені за трьома основними векторами реалізації Стратегії – боротьба з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом та вірусними гепатитами як глобальними та національними викликами. Операційні цілі визначають проміжні етапи та напрями діяльності,

сукупність і взаємозалежність яких є інструментами досягнення стратегічних цілей.

Стратегічна ціль 1. Зменшити захворюваність на ВІЛ та зменшити смертність від захворювань, пов'язаних зі СНІДом (табл 2.1), яка базується на принципах Політичної декларації з ВІЛ/СНІДу «Прискорити темпи активізації боротьби з ВІЛ та ліквідації епідемії СНІДу до 2030 року», прийнятої Генеральною Асамблеєю ООН 7 червня. 2016 рік.

В рамках даної стратегічної цілі визначена оперативна ціль 1 – попередження нових випадків ВІЛ-інфекції:

- забезпечити доступ і сприяти наданні комплексних профілактичних послуг представниками ключових груп населення, особливо тих, що надаються на рівні громад та силами громад, за рахунок державного та місцевих бюджетів;
- досягти ліквідації передачі ВІЛ від матері до дитини;
- реалізовувати комплексні комунікаційні програми громадського здоров'я, спрямовані на широке населення, у тому числі підлітків та молодь, та систематичну навчальну діяльність для професійних та пріоритетних груп – працівників правоохоронних органів, навчальних закладів, військовослужбовців тощо;
- забезпечити доступність підтримуючої замісної терапії, зокрема в місцях позбавлення волі;
- запобігання ВІЛ-інфекції під час надання медичної допомоги, особливо при переливанні крові, її компонентів, трансплантації органів і тканин;
- забезпечити доступ до послуг з профілактики ВІЛ до контакту з ключовими групами населення;
- забезпечити надання постконтактної медичної профілактики для профілактики ВІЛ усім потребуючим.

Табл 2.1.

Стратегічна ціль 1. Зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та зниження смертності від хвороб, зумовлених СНІДом.

Індикатор	Цільове значення 2020 року	Цільове значення 2025 року	Цільове значення 2030 року
Зниження рівня смертності від хвороб, зумовлених СНІДом, на 100 000 населення, від показника смертності за підсумками 2015 року, відсотків	20	50	90
Відсоток осіб, що знають про свій ВІЛ-статус, від оціночної кількості осіб, які живуть з ВІЛ	80	90	95
Відсоток осіб, які живуть з ВІЛ, що отримують антиретровірусну терапію, від осіб, що знають про свій ВІЛ-статус	80	90	95
Відсоток осіб, які живуть з ВІЛ та отримують антиретровірусну терапію, у яких досягнуто вірусної супресії, від осіб, що отримують антиретровірусну терапію	93	94	95
Частота передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, відсотків	$\leq 2$	$\leq 2$	$\leq 2$
Охоплення представників кожної з ключових груп населення комплексними послугами з профілактики, від оціночного	70	80	90

числа, відсотків			
Охоплення замісною підтримувальною терапією, від оціночного числа осіб, що вживають опіоїди ін'єкційно та мають залежність, відсотків	5,5	15	40

Оперативна ціль 2 передбачає удосконалення системи ефективного виявлення випадків ВІЛ:

- досягти високого рівня поінформованості громадськості про свій ВІЛ-статус;
- забезпечити повне охоплення послугами тестування на ВІЛ усіх хворих на туберкульоз, клієнтів програм підтримуючої замісної терапії та одержувачів комплексних профілактичних послуг серед ключових груп населення;
- забезпечити повне охоплення послугами тестування на ВІЛ та раннього виявлення для вагітних жінок та їхніх партнерів;
- забезпечити доступність тестування на ВІЛ шляхом розширення мережі закладів, які надають відповідні послуги, залучення аптечної мережі, проведення тестування в громаді, заохочення до самотестування;
- забезпечити раннє виявлення ВІЛ у всіх дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів;
- забезпечити якість лабораторних послуг, включаючи впровадження заходів контролю якості медичних виробів, що використовуються для діагностики ВІЛ, розробку ефективних діагностичних алгоритмів та програм зовнішньої оцінки якості.

Оперативна ціль 3 направлена на забезпечення комплексного доступу до лікування ВІЛ:

- розширення антиретровірусної терапії для повного задоволення її

потреб;

- забезпечити початок антиретровірусної терапії відразу після встановлення діагнозу і своєчасно;
- забезпечити доступ до нових лікарських засобів відповідно до найкращих міжнародних практик та створити систему їх безперебійного постачання;
- забезпечити швидкий та ефективний моніторинг та підтримку лікування, контроль небажаних явищ, лікування опортуністичних інфекцій та інших соматичних станів;
- забезпечити безперервний розвиток та впровадження системи моніторингу та запобігання розвитку резистентних форм ВІЛ-інфекції;
- забезпечити ефективність лікування та досягнення невизначеного рівня вірусного навантаження ВІЛ-інфекції;
- забезпечити доступ до та сприяти профілактичному лікуванню туберкульозу для людей, які живуть з ВІЛ.

Реалізація Стратегії потребує ефективного розподілу функцій заінтересованих сторін та відповідальних органів, забезпечення загальної координації та комплементарності заходів і програм з метою найбільш ефективного використання наявних ресурсів та оперативного реагування на виклики, що виникають у процесі її реалізації.

Щодо інструментів управління та організації реалізації Стратегії необхідними є:

- ефективний розподіл функцій між зацікавленими сторонами та відповідальними органами,
- забезпечення загальної координації та взаємодоповнюваності заходів і програм з метою найкращого використання наявних ресурсів та швидкого реагування на поставлені виклики. Шляхом його реалізації.

Інструментами, які впливають на ефективність Стратегії та які базуються на її настановах та принципах, є:

- державне керівництво в управлінні програмами та заходами,
- взаємна підзвітність перед суспільством;
- інтеграція неурядових організацій у національну систему навчання та надання послуг, спрямовану на досягнення цілей, визначених Стратегією;
- зменшити існуючі розриви у доступі до ефективних та якісних послуг між міським та сільським населенням та різними регіонами;
- інтеграція послуг, програм та заходів як у рамках стратегічних та операційних цілей Стратегії, так і з іншими національними заходами у сферах охорони здоров'я, соціальної допомоги, освіти, регіонального розвитку тощо;
- налагодити співпрацю та заохочувати соціально відповідальні компанії до виконання завдань, передбачених цією стратегією;
- створення єдиного адміністративно-управлінського простору для реалізації цілей і завдань Стратегії, що охоплює цивільний та пенітенціарний сектори, сферу управління Міноборони;
- уніфікація та стандартизація підходів до організації та реалізації заходів, пов'язаних із реалізацією цілей Стратегії;
- забезпечити підвищення ефективності та належний рівень впливу координаційного механізму на національному та регіональному рівнях.
- постійно вдосконалювати нормативно-правову базу, зокрема: гармонізація із законодавством Європейського Союзу; виконання рекомендацій ВООЗ, Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) та інших міжурядових організацій і програ для покращення надання та організаційного механізму послуг;
- привести термінологію, включаючи стандарти галузі охорони здоров'я та відповідне законодавство, у відповідність до рекомендацій ВООЗ та міжнародних вимог;
- усунути політичні, правові та культурні бар'єри, які обмежують доступ до послуг або стигматизують людей, які вживають ін'єкційні наркотики, хворих на туберкульоз та вірусні гепатити, їх найближче оточення, ключові

групи населення та тих, хто відбував покарання у вигляді обмеження волі чи позбавлення волі на певний термін тощо. перешкоджають соціалізації та інтеграції в суспільство;

- розроблення та затвердження нормативно-правових актів з метою моніторингу дотримання прав і свобод людини та створення системи активного реагування на випадки їх порушення.

Однією з основних умов реалізації Стратегії є забезпечення сталого фінансування пов'язаних з нею програм та заходів, зокрема зображені на рис 2.15. Процеси, пов'язані з імплементацією Стратегії, мають включати відповідний механізм залучення зацікавлених сторін до обговорень та прийняття рішень, а інформація про її виконання має бути максимально відкритою, що вимагає:

- залучати представників зацікавлених сторін, зокрема спільнот пацієнтів, ключових груп населення, до розробки політики, прийняття рішень та процесів, що дозволяють враховувати при прийнятті цих рішень;

- удосконалити існуючий механізм обміну інформацією та сприяння поширенню інформації про результати Стратегії серед широкого кола зацікавлених сторін та доведення їх до відома громадськості за допомогою сучасних засобів комунікації;

- запровадження громадського контролю за якістю послуг, що надаються в рамках реалізації Стратегії, та моніторингу задоволення потреб бенефіціарів послуг.

Ефективність реалізації Стратегії пов'язана з якістю даних, що використовуються для планування заходів, зібраних та узагальнених у ході її реалізації та що використовуються для прийняття рішень та покращення діяльності.

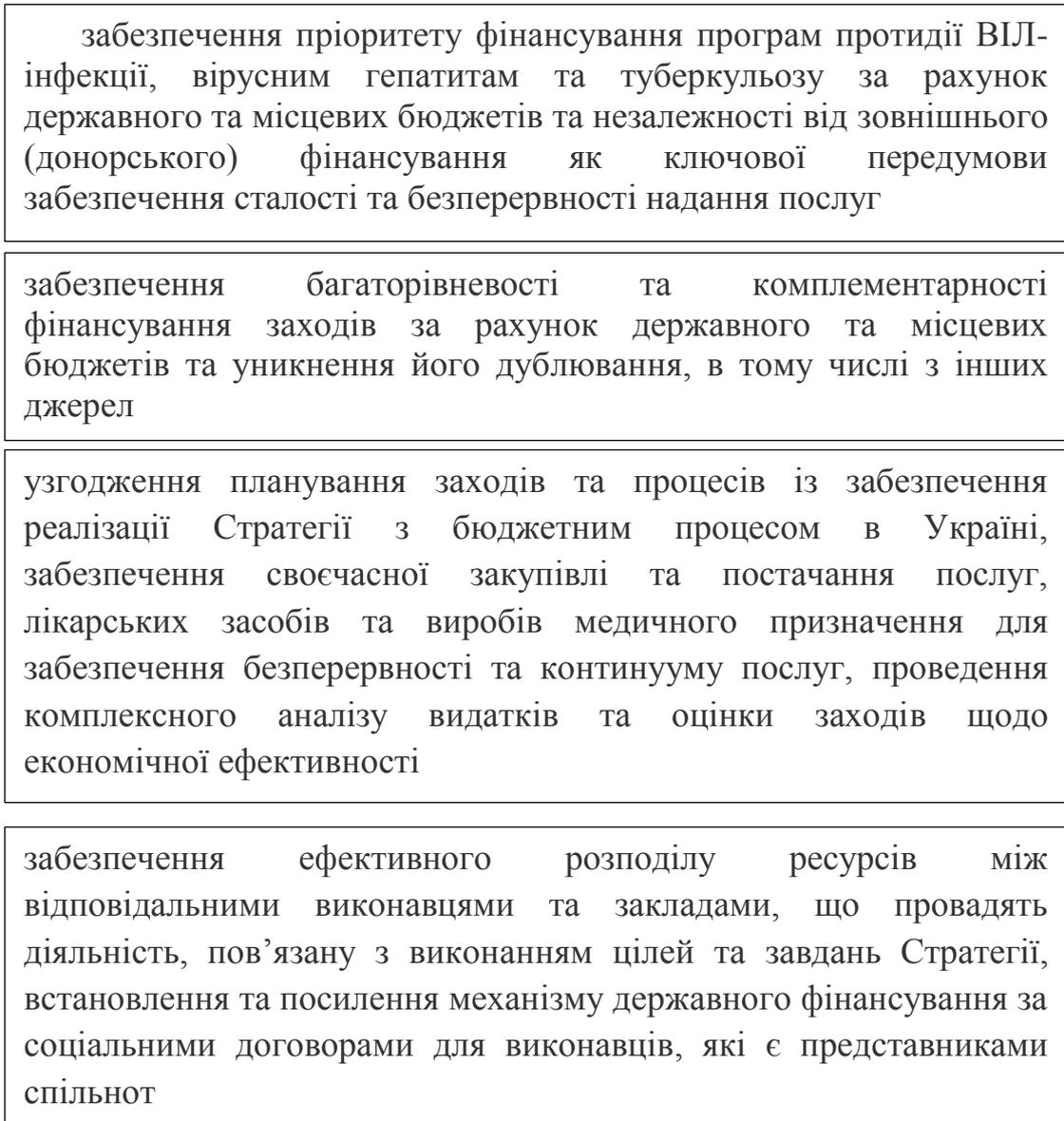


Рис. 2.15 – Фінансові інструменти у реалізації стратегії

(побудовано автором на основі [49])

Для покращення алгоритмів управління інформацією необхідно:

- розробляти та покращувати системи для збору та аналізу даних епідеміологічного нагляду, а також для моніторингу та оцінки програмної діяльності;
- інтегрувати системи особистої інформації, у тому числі для здійснення епідеміологічного нагляду, заснованого на ідентифікації на

індивідуальній основі, в електронні системи охорони здоров'я та забезпечити обмін деклараційними документами між медичними установами всіх форм власності;

- перейти від рутинного контролю до системи навчання та постійного оновлення стратегічної інформації, її поширення та використання під час навчання та реалізації заходів щодо боротьби з хворобами;

- запровадити показники для вимірювання гендерної нерівності у доступі та чутливості при наданні послуг;

- налагодити міжнародне співробітництво для забезпечення хорошого транскордонного обміну інформацією та формування глобальних джерел статистики.

Інструменти у сфері освіти та науки є ключем до практичної реалізації заходів, що сприяють досягненню цілей та завдань Стратегії. Повне використання сучасних підходів та кращих світових практик потребує постійного розвитку потенціалу та дотримання високих стандартів у галузі освіти та науки, зокрема:

- проведення досліджень з розробки інноваційних підходів до формування програм та заходів, впровадження нових методів профілактики, діагностики та лікування;

- проведення біоповедінкових, епідеміологічних та операційних досліджень за рахунок державного бюджету та забезпечення прямого використання отриманих даних у процесі прийняття рішень;

- забезпечення розвитку безперервного навчання з використанням онлайн-ресурсів та платформ, зокрема для немедичних фахівців, та його включення до системи післявузівської освіти;

- забезпечення розвитку неформальної освіти та виховної роботи, спрямованої на формування здорового способу життя, свідомого ставлення до власного здоров'я та здоров'я навколишнього середовища, безпечної поведінки та профілактики захворювань;

- забезпечення розвитку міжнародного співробітництва у галузі науки, освіти та технологій.

Фінансування реалізації Стратегії здійснюватиметься за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів у межах передбачених на рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством. Обсяг фінансових, матеріально-технічних та людських ресурсів, необхідних для реалізації цієї Стратегії, визначається щорічно з урахуванням можливостей джерел фінансування.

Продемонструємо проблему реформування закладів охорони здоров'я на прикладі КП «ОЦПБ з ВІЛ/СНІД ПОР». А поки в недержавному секторі справедливо рапортують про успіхи на тлі «40 річчя ВІЛ» та Всесвітнього Дня боротьби зі СНІДом в Україні, в державно-комунальній царині, в одному з «найпрогресивніших» регіонів України, під повним закриттям знаходиться обласний стаціонар для лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД з опортуністичними інфекціями.

Стаціонарне відділення для пацієнтів, які хворіють на СНІД, працювало на базі «Обласного центру профілактики та боротьби із ВІЛ/СНІД Полтавської обласної ради» із 2009-го року. Як пояснюють у Департаменті охорони здоров'я, у свій час його створювали для надання комплексної допомоги хворим із ВІЛ/СНІД. Проте зараз відділення хочуть закрити, а медиків, які у ньому працюють – звільнити. Проведений аналіз виникнення даної проблеми та шляхів її розв'язання показав наступне.

Вплинути на ситуацію спробували депутати різних рівнів, до яких зверталися представники колективу відділення паліативної допомоги. Там побували народні депутати. А після того, як питання почали озвучувати на рівні керівництва області, його винесли на обговорення медичної комісії обласної ради. Так, 8 грудня 2021р. депутати розглянули звернення колективу відділення паліативної допомоги з палатою інтенсивної терапії КП «Обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД Полтавської обласної ради. Підставою

для звернення стало рішення керівництва вказаного підприємства про ліквідацію цього структурного підрозділу з огляду на доцільність існування такого інституту в системі охорони здоров'я. Даний заклад працює з жовтня 2009 року на базі Полтавського обласного Центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом з метою надання лікувально-діагностичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам. 10 лютого 2011 року відкрито палату інтенсивної терапії у складі стаціонарного інфекційного відділення.

Депутати проголосували за те, що директор Департаменту охорони здоров'я Полтавської ОДА ще раз проаналізував ситуацію і доповів би депутатам на наступному засіданні комісії. Таке формулювання підтримала більшість депутатів. Питання про оптимізацію відділення розглянула постійна комісія з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення Полтавської обласної ради. Під час засідання комісії обговорили спроможність відділення заробляти кошти в умовах медичної реформи та доцільність його утримання. За словами керівниці Обласного центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД, на Полтавщині амбулаторно отримують антиретровірусну терапію 3 тисячі 224 пацієнти, що становить 95,3% від усіх виявлених хворих.

Стаціонарного лікування потребують пацієнти з інфекціями, які розвиваються на фоні інфікування ВІЛ, або хворі на СНІД на термінальних стадіях. Раніше відділення паліативної допомоги було інфекційним стаціонаром з палатою інтенсивної терапії для лікування ВІЛ-позитивних пацієнтів. Навесні цього року його переформатували у відділення паліативної допомоги, бо для утримання закладу потрібно було залучати більше коштів від Національної служби здоров'я. Тому уклали договір на надання паліативної медичної допомоги, який передбачав виплату 12 тис. 125 грн за один пролікований випадок. Зараз відділення має 26 працівників на 33,75 ставки. Директор обласного Департаменту охорони здоров'я повідомив, що нині навантаження на відділення паліативної допомоги становить приблизно 100 пацієнтів на рік. Це

приблизно 1,3 млн грн фінансування на рік. Тоді як, за попередніми підрахунками, для утримання роботи відділення потрібно вдсятеро більше.

Щоб укласти договір на фінансування з НСЗУ, заклад має відповідати стандарту надання допомоги. Зокрема мати достатнє технічне оснащення та персонал. До структури існуючого підрозділу Обласного центру профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД входять паліативне відділення, лабораторний блок, поліклініка, де надають амбулаторну допомогу.

Медична реформа передбачає зміну моделі фінансування закладів охорони здоров'я. Це означає, що за умови відповідності стандартам надання допомоги вони мають отримувати оплату за свою роботу за різними тарифами, одним із яких є оплата за проліковані випадки. Кошти сплачує НСЗУ за укладеними контрактами. Крім того, система електронних направлень на обстеження чи лікування передбачає, що пацієнт, отримавши його, самостійно обирає заклад, де буде лікуватись. Окремого пакету для стаціонарного лікування категорії пацієнтів з ВІЛ/СНІД не створили, тому для продовження роботи заклад має контракувати інші напрямки надання допомоги. Обласна влада розглядає варіант щодо закладення коштів на утримання відділення паліативної допомоги, однак не вважає його доцільним. Таким чином, відділення стаціонарної/паліативної допомоги з палатою інтенсивної терапії КП «Обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД Полтавської обласної ради» функціонувало значною мірою за рахунок субвенції із державного бюджету. Але після реформування медичної галузі позиція на рівні держави повністю змінилася. Якщо раніше такі відділення створювали, щоб хворі на ВІЛ/СНІД отримували комплексну медичну допомогу, то тепер протоколи лікування змінилися і вони отримують допомогу амбулаторно. Реформування у подальшому буде стосуватися усіх закладів, адже нові підходи та стандарти, які запроваджує держава, орієнтовані на амбулаторну допомогу.

Отже, проблема реформування високоспеціалізованих клінік, які надають допомогу ВІЛ-інфікованим в Україні потребує негайного розв'язання на

державному рівні, місцеве самоврядування не завжди спроможне вирішити такі завдання в рамках своєї компетенції, а НСЗУ має прийняти до відома недопрацювання пакету стаціонарної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам для лікування опортуністичних інфекцій.

Таким чином, основною метою державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні до 2030 р є подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.

В Україні розроблена міцна законодавча база для ефективної протидії ВІЛ/СНІДу. Також основою стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні став комплексний підхід до вирішення проблеми, закладений Національних Програмах профілактики СНІДу. Протягом останніх 20 років в країні були створені мережі служб для протидії ВІЛ/СНІДу на державному і регіональному рівнях. Діє багатопланова державна Програма заходів по зниженню шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків серед споживачів ін'єкційних наркотиків, яка реалізується неурядовими організаціями (НУО) і урядовими установами.

В Україні була організована стаціонарна і хоспісна допомога хворим на СНІД, яка надавалась в стаціонарних відділеннях обласних Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, але з переходом на фінансування від НСЗУ з 2019 р., в рамках оплати пролікованих випадків, відбувається закриття даних високоспеціалізованих відділень та стаціонарів через зміни фінансування, що матиме негативні наслідки на зростання смертності від СНІДу. За даними Національної служби здоров'я України у 2021 році 376 закладів охорони здоров'я заключили договір з НСЗУ по пакету «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)», в тому числі відбувається децентралізація послуг ВІЛ в сімейну медицину, переважає тестування ВІЛ-інфекції швидкими тестами та планується подальше призначення специфічного лікування ВІЛ лікарями загальної практики – сімейної медицини. Проте, слід звернути увагу на те, що з переходом на оплату наданих послуг від НСЗУ в умовах реформи охорони здоров'я йде об'єднання, трансформування і часто закриття регіональних центрів СНІДу, які надавали

високоспецифічну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, через повну відсутність державного фінансування даних структур з перекладанням функцій фінансування закладів через НСЗУ та місцеве самоврядування.

Система управління профілактикою ВІЛ/СНІДу в Україні є інституціонально незавершеною. Як результат - значне ускладнення процесів галузевої, міжгалузевої та міжсекторальної взаємодії суб'єктів державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу. Тому потребує внесення змін та доповнень до чинного законодавства України щодо конкретизації змісту діяльності місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, діяльності інституцій громадського сектору, зокрема, коаліції ВІЛ-сервісних організацій як реального суб'єкта державної політики.

Необхідна конкретизація планів роботи координаційних рад з відображенням комплексу проблем епідемії, що існують на місцях; засідання координаційних рад зведені до розгляду поточних справ; органами влади на місцях не ініціатива розробки комплексних міжвідомчих заходів на виконання обласної та міських профілактичних програм; з боку голів координаційних рад здійснення контроль за виконанням їх рішень.

## РОЗДІЛ 3.

### **ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЮ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В УКРАЇНІ**

#### **3.1 Розвиток громадянського суспільства та міжсекторального підходу до формування системи протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД**

Сучасний розвиток української держави, соціальних інститутів та суспільних відносин визначається як період трансформаційних процесів та пошуку власного шляху розвитку. Елементи громадянського суспільства в Україні розвиваються досить нерівномірно у різних сферах життєдіяльності. Певними ознаками формування громадянського суспільства можна вважати розвиток недержавного сектору, багатопартійність, розвиток громадських організацій різного спрямування, поширення волонтерського руху, плюралізм соціальних проектів і програм, особливо на місцевому рівні, посилення толерантності громадської думки щодо ВІЛ-уразливих груп населення та хворих на СНІД тощо.

За результатами міжнародного дослідження, кожний другий громадянин України віком від 18 років є членом якоїсь громадської організації, а 15% працюють в одній з них на волонтерських засадах. Серед цих організацій - не лише профспілки, партії та релігійні організації, а й служби соціальної допомоги, спортивні, такі, що займаються проблемами здоров'я, екології, дозвілля створені за місцем проживання, допомоги нужденним тощо. Більше половини дорослого населення України віддає нині перевагу свободі особистого ніж принципу соціальної рівності. Найбільш важливим для сучасного українського суспільства крім економічних реформ, за громадською думкою, є можливість впливати на прийняття урядом важливих рішень та рух до гуманного суспільства, в якому ціниться людська особистість. Про розвиток

громадянського суспільства в Україні свідчить створення багатьох державних і недержавних організацій, діяльність котрих спрямована на профілактичну роботу щодо ВІЛ/СНІДу.

Так, благодійні фонди «Благодійність» (м Миколаїв), «Салюс» (м Львів), «Агапіт» (м Київ), «Надія і порятунок», (м Сімферополь), «Світло надії» (м. Полтава), неурядова організація «Червона стрічка» (м Харків), асоціації планування сім'ї у містах Дніпропетровську та Херсоні, Конгрес «Сталість» (м Вінниця), молодіжний центр жіночих ініціатив (м Севастополь), жіночий консультативний центр (м Ужгород), громадський рух «Віра, Надія, Любов» (м Одеса), благодійний фонд та Донецьке обласне товариство сприяння ВІЛ-інфікованим об'єдналися разом з Українським інститутом соціальних досліджень у межах проекту «Створення мережі не урядових організацій, які працюють з жінками секс-бізнесу в Україні». Мета проекту - запобігання поширення ВІЛ/СНІДу серед ЖСБ.

Досить активно співпрацюють у цьому напрямі соціальні служби для молоді обласних міських та районних державних адміністрацій.

Прикладом діяльності щодо запобігання ВІЛ/СНІД є щорічне проведення тематичних волонтерських змін у літніх наметових таборах «Витоки», збору-походу волонтерських загони «Молодь - за здоровий спосіб життя», регулярні лекції та тренінги для дітей і підлітків з пропаганди здорового способу життя в межах тренінгового центру, постійна робота вулична соціальних педагогів, тематичні профілактичні дискотеки тощо.

В Україні є досвід створення неформальних об'єднань поміж представників ВІЛ-уразливих груп (споживачів наркотиків, жінок секс-бізнесу, представників нетрадиційної сексуальної орієнтації, ВІЛ-інфікованих тощо). Це дає можливість впливати на ці групи за умов налагодження з ними зв'язків неурядових організацій, які проводять роботу з профілактики ВІЛ/СНІДу. Перешкоджає цьому здебільшого нелегітимність об'єднань представників груп ризику, їх незначна кількість. Лише деякі з них нині зареєстровані юридичними

органами і отримали статус громадських організацій, наприклад об'єднання жінок секс-бізнесу «Марія-Магдалена» у Одесі, одним із напрямів діяльності якого є також запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу.

У 2018 році в Україні стартував масштабний проект з прискорення зусиль з протидії ВІЛ/СНІДу – HealthLink, який охопив 12 пріоритетних регіонів України з найважчим тягарем епідемії. У рамках цього проекту особлива увага приділяється статевим партнерам ЛЖВ через покращення доступу якісних послуг з профілактики та лікування, а також зменшення стигми і дискримінації до ЛЖВ з боку медичних працівників. Проект впроваджується БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ» в партнерстві з МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID).

У 2018-2019 роках в Україні в рамках проекту ACCESS Pro «Доступ спільнот до послуг з догляду та лікування ВІЛ через сучасні інформаційні системи і кращий зв'язок з обслуговуванням, в рамках програми PEPFAR (CDC)» розпочате активне впровадження у ЗОЗ індексного тестування (index testing) за ініціативи медичного працівника, при якому ПТВ пропонують партнерам та членам родини ВІЛ-позитивної людини, у якої виявлено ВІЛ-інфекцію. З цією метою було модернізовано модуль «Партнери» в системі МІС ВІЛ. Отримані результати свідчать про високу ефективність індексного тестування (далі - ІТ), завдяки якому за 12 місяців було протестовано на ВІЛ 3583 партнерів ЛЖВ із невідомим статусом, з них 627 (17,%) осіб виявились ВІЛ-позитивними та 534 з них розпочали АРТ.

Сприяти розвитку громадянського суспільства в Україні сьогодні могли б:

- більш активна пропаганда загальнолюдських цінностей через засоби масової інформації;
- дотримання прав людини й громадський контроль за цим;
- реальне забезпечення конфіденційності, анонімності та

добровільності обстежень на ВІЛ/СНІД.

Нагальною потребою є створення міжгалузевих комплексних профілактичних програм, більш активна пропаганда здорового способу життя населення, зокрема молоді. Перешкоджає зазначеним напрямам відсутність соціального замовлення на їх розробку та реалізацію, недостатнє усвідомлення загрози ВІЛ/СНІДу на різних щаблях законодавчої та виконавчої влади. [18; 22; 38]

Активне висвітлення питань ВІЛ/СНІДу у засобах масової інформації, численні публікації, пропагандистські акції зробили чималий вплив на громадську думку стосовно усвідомлення загрози епідемії. За даними соціологічних досліджень 85% громадян України старші 15 років мали яку-небудь інформацію з проблем СНІДу, причому з віком і покращенням добробуту рівень обізнаності зростає.

Інформацію про те, що СНІД - небезпечна хвороба, мали громадяни з вищою освітою 33%, 74% - неповною середньою. Порівняно з іншими найкраще усвідомлюють цю проблему мешканці столиці (у Києві рівень обізнаності сягає 92%) та великих міст (90%), гірше - жителі невеликих міст або селищ (78%). Про проблему СНІДу добре поінформовані у Північному регіоні України (ствердно відповіли 85% опитаних), на Сході відповідний показник найнижчий 80%.

Найвпливовішим щодо інформування населення з проблеми ВІЛ/СНІДу джерелом інформації є радіо та телебачення. Саме їх назвала більша частка тих, хто будь-що знає стосовно цієї проблеми (85%). Наявність великої кількості телевізійних програм і технічних можливостей їх перегляду, а також найкраща ситуація з постачанням електроенергії у столиці зумовлюють відносно більший вплив телебачення на мешканців Києва (81%), порівняно з містами до 50 тис населення (відповідно 62%). Друге місце посідають періодичні видання (58%) (газети, журнали, бюлетені тощо). Порівняно незначним є вплив науково-популярної і науково-публіцистичної літератури (13%), інтерес до якої частіше

за інших виявляють особи з вищою освітою (20%). Усвідомленню небезпеки СНІДу кожної п'ятої людини суттєво сприяє найближче оточення родичі, знайомі, друзі.

Потенційні можливості довідкової літератури використовуються вкрай неефективно – лише 9% опитаних зазначили, що саме вона є джерелом надходження інформації щодо ВІЛ-інфекції та СНІДу.

У той же час попит на більш детальну чи додаткову інформацію стосовно ВІЛ/СНІДу є досить високим. Половина громадян України, у тому числі 72% молоді, хотіла б отримувати більш повну інформацію щодо цієї проблеми. Значно більшу зацікавленість у нових знаннях виявляють заможні респонденти, аніж ті, хто зазнає суттєвих матеріальних труднощів. Частіше за інших серед соціальних верств населення хотіли б дізнатись щось нове про СНІД студенти (64%).

Одним із свідчень актуальності проблеми поширення СНІДу на Півдні України є те, що у цьому регіоні найбільша питома частка тих, хто висловив бажання розширити свої знання - 61%. На Заході таких виявилось менше - 50%. Найбільш потребують нової інформації у віковій групі 18-19 років. У старших вікових груп інтерес до проблеми зменшується.

Підвищення рівня інформованості громадян стосовно загрози ВІЛ-інфікування у кожному другому випадку може позначитися на їхній поведінці. Про це свідчить розподіл відповідей респондентів на запитання: “Чи змінилася Ваша поведінка після отримання Вами певних знань щодо проблеми СНІДу”? Нова інформація для 23% опитаних зумовила відповідні зміни у поведінці, деякі корективи у поведінці відбулися у 30% респондентів.

Найвищий високий умовний «коефіцієнт корисної дії» нових знань виявився серед молоді та найзаможніших респондентів, відповідно 37 і 35% з них зазначили зміну своєї поведінки.

54% опитаних вважають, що найбільш ризиковану соціальну групу становлять наркомани, 41% респондентів відповіли, що найбільше ризикують

захворіти на СНІД проститутки, 32% - гомосексуалісти, 23% - ті, у кого немає постійного сексуального партнера [62].

Результати дослідження щодо вивчення внеску різних структур державного та недержавного секторів у справу протидії розвитку епідемії ВІЛ засвідчили, що ними проводиться певна робота, однак їхня діяльність цілеспрямовано, в цьому напрямку, не координується. Постійною профілактичною роботою охоплено не більше 7% населення, а інколи її проводять особи, які не мають достатніх знань та навичок, що тільки знижує ефективність заходів.

Релігія, віра певним чином впливають на життя та діяльність сучасного українця, на формування його ціннісних орієнтацій, морально-етичних принципів, моделі соціальної поведінки. Релігія як інститут і віра, внутрішній морально-етичний кодекс людини, можуть бути і є вагомим дієвим елементом підтримки вирішення соціальних і етичних проблем сьогодення, зокрема протидії епідемії ВІЛ/СНІДу.

Сучасна релігійна орієнтація українців внаслідок усталеної історичної традиції є, в основному, християнською і виражається переважно, у формах східного обряду. Носіями християнської духовності в Україні є православна духовність, що представлена трьома церквами Українською православною Київського патріархату, Українською православною Московського патріархату і Українською автокефальною православною церквою. Досить поширеними є греко-католицька і протестантська церкви. Представників усіх українських християнських конфесій об'єднує насамперед вірність загально-християнській догматиці, моральним заповідям Ісуса Христа, вшанування християнських святих тощо.

Вплив релігії та віри на формування духовного світу громадян України визначається посиленням останнім часом ролі релігійних організацій. При цьому відновлення позицій релігійних об'єднань, з одного боку, є реакцією на попередню тотальну секуляризацію суспільного життя, а з іншого - відбиває

численні негаразди нашого буття, одним із яких є загроза епідемії ВІЛ-інфекції, і прагнення молодих людей знайти духовний захисток. Це зумовлює співіснування у ставленні до релігії і моди, і глибоких переконань.

За результатами опитування населення сповідували будь-яку релігію 56% дорослого населення України. Переважну більшість українського населення становлять прихильники християнської традиції:

- православних - 73,% (Українська православна церква Київського патріархату, Українська православна церква Московського патріархату, Українська автокефальна православна церква);

- католиків - 15,3% (Греко-католицька церква, Римо-католицька церква);

- протестантів - 4,3% (Свідки Єгови, Євангелістські християни-баптисти, Християни євангельської віри, Адвентисти сьомого дня, Євангелісти);

- неохристиянські спільноти - 0,5% (Церква Христа, «Нове життя», Новоапостольська Церква, Церкви «Благодать», «Голгофа», «Ковчег спасіння» тощо, харизматичні церкви);

- прихильниками ісламської традиції задекларували себе 0,4%;

- іудаїзму - 0,3%;

- буддизму - 0,2%;

- послідовників язичницьких вірувань - 0,2%.

Сьогодні в українському суспільстві існує певна невизначеність щодо розуміння релігійності й віри. Людина, визнаючи себе віруючою, не завжди сповідує будь-яку з релігій, і навпаки, вважаючи себе причетною до будь-якої з релігій за фактом хрещення, вона не завжди є віруючою. Таким чином, тих, хто ідентифікували себе віруючими, в 1,2 рази більше (67%), за тих, хто сповідує будь-яку релігію (невіруючих - 20%, переконаних атеїстів - 3%).

Однак церква (перш за все маються на увазі традиційні церкви), попри її великий потенціал щодо виховання духовності і зміцнення моральних настанов

серед молоді, як певної запоруки уповільнення поширення ВІЛ-інфекції, використовує наявні можливості неефективно. Адже лише 5-7% молодих людей є під постійним церковним впливом (ті, що відвідують церкву хоча б раз на тиждень або частіше), мають можливість (і потребу) брати участь у богослужіннях, слухати проповіді, спілкуватися із священниками та віруючими. Всі інші, чия участь у релігійному житті обмежується епізодичними та випадковими відвідуваннями церкви, залишаються поза реальним впливом релігійних інститутів.

Традиційні церкви, особливо православні, сьогодні не проявляють високої активності у роботі з молоддю, служителі культів поки що не виробили механізмів діалогу та впливу на сучасну урбанізовану, прагматичне налаштовану молодь, яка дуже потребує моральної підтримки, ціннісного фундаменту для власної життєдіяльності у динамічному, нестабільному житті у сьогоднішньому світі в цілому і в Україні зокрема. Є інциденти, коли священники не вбачають за необхідне брати участь у дослідницьких, просвітницьких програмах, спрямованих на «гострі» соціальні проблеми сучасності, такі, як проституція, наркоманія, розводячі проблеми сьогодення української держави на духовні, церковні та мирські, світські, що, на їхню думку, перебувають поза православних інтересів. Останнє повною мірою стосується й проблеми ВІЛ/СНІДу.

Православні священники активно виступають проти введення в школах курсу валеології, в якому, зокрема, йдеться про статеве життя та статеві стосунки. Релігійні діячі православних конфесій відмовлялися від участі або вкрай неохоче йшли на контакт з науковцями, які вивчали проблеми духовності та моралі у молодіжному середовищі.

Натомість представники баптистської та іеговістської церков охоче йшли і йдуть на контакт, співпрацюючи з дослідниками. Зазначимо, що і рівень їхньої активності у соціальній діяльності, спрямований на поширення релігії/віри як морально-етичного регулятора життєдіяльності людини у наркодиспансерах,

місцях позбавлення волі, лікарнях, значно вищий порівняно з православними церквами.

Це дає підстави для висновку, що православна церква не в повному обсязі використовує величезний потенціал щодо свого впливу на молодь, і, навпаки, більш відкриті для діалогу протестантські та новітні релігійні громади, що готові використати будь-яку нагоду для пропаганди своїх поглядів.

Отже, можна констатувати, що наявність релігійних переконань, повага до морально-етичних принципів та їх додержання, що є основою релігійного почуття - віри, сприяє зменшенню ризику ВІЛ-інфікування статевим шляхом для віруючих людей [9].

Для зменшенню ризику ВІЛ-інфікування населення сьогодні вкрай необхідно збільшення інформації щодо відповідальної сексуальної поведінки, доступність презервативів.

Перешкоджає цьому:

- здебільшого негативне ставлення батьків щодо відвертого обговорення питань безпечного сексу;
- недостатня методична підготовка вчителів шкіл щодо профілактичної роботи з учнями;
- відсутність повної інформації з питань необхідності та техніки використання презервативів у найбільш популярних молодіжних виданнях;
- вільний доступ неповнолітніх до порнографічної продукції;
- поширення в продажу неякісних презервативів і їх висока ціна.

Можливостями запобігання ризикованої сексуальної поведінки молоді є:

- підтримка Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України курсу валеології;
- інформування щодо безпечної сексуальної поведінки соціальними службами для молоді, різними громадськими організаціями;
- високий рейтинг декількох молодіжних періодичних видань;
- зацікавленість приватного бізнесу.

Отже, попередженню поширення епідемії ВІЛ/СНІДу у середовищі представників комерційного сексу сьогодні перешкоджає:

- висока плінність жінок в секс-бізнесі;
- низький рівень інформованості більшості з них про можливі шляхи інфікування та його запобігання;
- поширене безпечне ставлення клієнтів до заходів з попередження ВІЛ-інфікування, передусім, якщо вони перебувають в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;
- високий рівень захворюваності венеричними хворобами серед жінок секс-бізнесу;
- поширене ін'єкційне вживання наркотиків жінками секс-бізнесу;
- поширення продажу неякісних або з простроченими термінами зберігання презервативів;
- недостатня координація заходів щодо запобігання ВІЛ/СНІДу в середовищі секс-бізнесу державних інститутів з громадськими організаціями.

Сьогодні існують й певні можливості покращання епідемічної ситуації ВІЛ/СНІДу серед представників комерційного сексу, а саме:

- мережа неурядових жіночих організацій, які звертають увагу на необхідність створення системи превентивних заходів, спрямованих на інформування осіб, зайнятих у секс-бізнесі, стосовно загрози ВІЛ/СНІДу та ефективних засобів її запобігання;
- розповсюдження через громадські організації безкоштовних презервативів і одноразових шприців;
- забезпечення доступного обстеження на ХПСШ і лікування жінок секс-бізнесу, поширення поміж ними правдивої інформації про вартість курсу лікування;
- координація заходів щодо профілактики ВІЛ/СНІДу в секс-бізнесі державних органів і громадських організацій.

Реальне зменшення небезпеки поширення ВІЛ-інфекції серед жінок секс-бізнесу та їхніх клієнтів можливе також і за таких умов:

- діяльність щодо запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу має бути безперервною, що зумовлено високою плинністю контингенту секс-бізнесу;
- максимально широке охоплення сфери секс-бізнесу медичними і запобіжними заходами за рахунок залучення консультантів і високопрофесійних медичних фахівців, соціальних працівників, психологів, соціологів, юристів тощо.

Плідна робота щодо запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу неможлива без співпраці державних інститутів з громадськими організаціями відповідного спрямування. За досвідом реалізації локальних проектів така взаємодія є корисною і ефективною.

Позитивний досвід реалізації місцевих проектів має бути поширений в інших регіонах України. насамперед у містах, які є найбільш небезпечними з точки зору епідемічної ситуації [15].

Щодо внеску системи охорони здоров'я в протидію розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, отримані результати свідчать про надзвичайно широкий спектр її дії: від профілактичних заходів до виявлення ВІЛ-інфікованих і надання їм спеціалізованої допомоги мережею медичних установ міста та спеціально створених профільних закладів.

Центром діагностичної, профілактичної, лікувальної та організаційно-методичної роботи є міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом.

Результати медико-соціологічного дослідження серед двох цільових груп респондентів (депутати, державні службовці) з метою вивчення рівня їх обізнаності з питань ВІЛ/СНІД засвідчили недостатній рівень знання ними шляхів передачі ВІЛ-інфекції: серед депутатів -  $27,4 \pm 2,1\%$ , серед державних службовців -  $25,6 \pm 2,2\%$ , а рівень їх інформованості щодо окремих шляхів ВІЛ-інфікування коливався від  $57,3 \pm 2,6\%$  до  $79,6 \pm 2,9\%$ .

Виявлення толерантності респондентів до ВІЛ-інфікованих засвідчило низький її рівень. Так, тільки  $23,8 \pm 2,2\%$  державних службовців продовжували б навчати свою дитину в школі коли б дізналися, що вчитель є ВІЛ-інфікованою особою і  $47,3 \pm 2,8\%$  - погодились би доглядати за ВІЛ-інфікованим родичем. Більш толерантне ставлення до названої категорії населення встановлено серед депутатів: доглядати за ВІЛ-інфікованим родичем погоджувались  $51,4 \pm 2,9\%$  з них, а  $31,3 \pm 2,3\%$  продовжити навчання своєї дитини у ВІЛ-інфікованого вчителя [10; 33; 66; 67].

Встановлені дослідженням дані щодо потреби респондентів в інформації стосовно ВІЛ/СНІД та можливих шляхах її отримання покладались в основу розробки Програми інформування державних службовців з питань ВІЛ/СНІД, впровадженої в систему підвищення їх кваліфікації.

Результати дослідження переконливо засвідчили про необхідність участі в організації протидії ВІЛ/СНІД всіх секторів інфраструктури міста і на всіх рівнях, що дозволить забезпечити координацію взаємодії, об'єднати ресурси та суттєво змінити функцію і структуру протидії розвитку епідемії в місті, яка становить не суто медичну проблему, а загальну проблему влади та суспільства, не тільки суто медичну причину.

Основною метою розробленої та впровадженої якісно нової функціонально-організаційної системи міжсекторальної протидії розвитку епідемії стало об'єднання ресурсів на двох стратегічних напрямках: запобігання поширенню ВІЛ-інфекції та розширення доступу до медичної і соціальної допомоги - забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

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. SWOT-аналіз – метод аналізу в стратегічному плануванні, що полягає в розподілі чинників і явищ на чотири категорії: strengths (сильні сторони), weaknesses (слабкі сторони), opportunities (можливості) і threats (загрози).

Для проведення якісного SWOT-аналізу рекомендується:

1. Усвідомлювати різницю між елементами SWOT. Сильні і слабкі сторони – це те, що знаходиться усередині «системи» і на що «система» може впливати, може їх змінювати. Можливості і загрози – це фактори зовнішнього середовища, які «система» повинна враховувати, але на які вона не може впливати.

2. Орієнтуватися на думку отримувача послуг. Сильні та слабкі сторони можуть бути такими лише у разі, якщо їх саме так сприймає отримувач послуги. Отже, необхідним є залучення до аналізу представників громадських організацій, які працюють із клієнтами, та представників спільнот, уразливих до ВІЛ-інфекції/СНІДу і постраждалих від епідемії, та врахування їх думки. Використовувати інформацію з різних джерел (групову думку, факти, соціологічні дослідження, дані епідмоніторингу тощо).

3. Проводити аналіз для кожного напрямку діяльності окремо (наприклад, аналіз для профілактики, для діагностики і лікування, для догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, тощо). Важливо під час аналізу концентруватися не на загальних сильних чи слабких сторонах, а на тих із них, які прямо стосуються виконання завдань з протидії епідемії ВІЛ-

інфекції/СНІДу. SWOT-аналіз є одним з найбільш дієвих інструментів, який можна застосовувати для прийняття управлінських рішень (у тому числі і для планування розширення надання послуг).

Рівень успіху за таких передумов безпосередньо залежить від якості проведеного SWOT-аналізу. Так, дослідження зовнішнього середовища, у визначенні можливостей і загроз державно-громадської взаємодії, які існують у різних сферах взаємодії доцільно здійснювати у певних напрямках. Наприклад, загрози політичні – нормативні документи, рішення, які зовні впливають на місцеву державну адміністрацію; очікування і вимоги різних груп, їх інтереси (наприклад, очікування людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, щодо отримання послуг з лікування, догляду та підтримки). Економічні – характеристики розвитку і стану господарства, зміна важливих економічних показників, бюджет, донорська підтримка, ціни медичних препаратів, матеріалів, обладнання тощо. Соціальні – ціннісні, поведінкові, моральні характеристики (наприклад, дискримінація або порушення прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом). Технологічні – зміна технологій (наприклад, запровадження нових методів лікування, джерел інформації, швидкості її передачі тощо) [34].

Якісно новим в запропонованій системі є міжгалузевий підхід до формування міської координаційної ради з питань протидії епідемії ВІЛ/СНІД, а також включення до системи міжсекторальної робочої групи, міжсекторальної групи з моніторингу та оцінки заходів протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД, міського інформаційно-ресурсного центру з питань ВІЛ/СНІД (МРЦ) та розробка моделі інформаційного забезпечення учасників протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД.

Особливістю запропонованої системи є залучення осіб з ВІЛ/СНІД до активної участі в діяльності Міської координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції (МКР), міжсекторальної робочої групи (МРГ) та групи моніторингу та оцінки (МіО), де вони представляються благодійною

організацією «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом» (ЛЖВ).

Програма міжсекторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції передбачає наявність і систематичне поповнення всіх видів своєчасною інформацією, необхідної для управління системою, доступною для апарату управління на всіх рівнях, що забезпечується за допомогою створеної інформаційно-довідкової системи стосовно відповідних статистичних та епідеміологічних даних.

Інформаційне забезпечення керуючого суб'єкту та всіх учасників міжсекторальної системи потребувало створення міського інформаційного ресурсного центру з проблеми ВІЛ/СНІД.

В якості завдань ресурсного центру визначались:

- проведення інформаційно-освітньої роботи;
- розвиток продуктивного діалогу та партнерських відносин між різними сегментами суспільства: державними структурами, громадськими організаціями, засобами масової інформації, цільовими групами, ВІЛ-сервісними організаціями, тощо;
- підтримка постійного моніторингу результатів інформаційно-освітньої діяльності та вивчення потреби в ній;
- надання державним та недержавним організаціям необхідної інформації з вітчизняних і зарубіжних прикладів кращого досвіду профілактики ВІЛ і реабілітації ВІЛ-інфікованих людей;
- допомога у проведенні в столиці держави публічних заходів з проблеми ВІЛ/СНІДу.

Підвищення якості послуг, які надаються на міжсекторальному рівні та у різних ВІЛ-сервісних організаціях, передбачає проведення численних тренінгів. На базі ресурсного центру, де знаходиться спеціалізована бібліотека, міститься необхідна інформація, є можливість пройти навчання та підвищити свою кваліфікацію. Функціонування ресурсного центру з питань ВІЛ/СНІД сприяє

посиленню координації існуючих освітньо-профілактичних програм, створенню потужної системи профілактики ВІЛ/СНІД.

Впровадження моделі інформаційного забезпечення дозволяє, максимально використовуючи можливі методи інформування, підвищити рівень обізнаності з питань ВІЛ/СНІД не тільки учасників протидії розвитку епідемії, а і все населення.

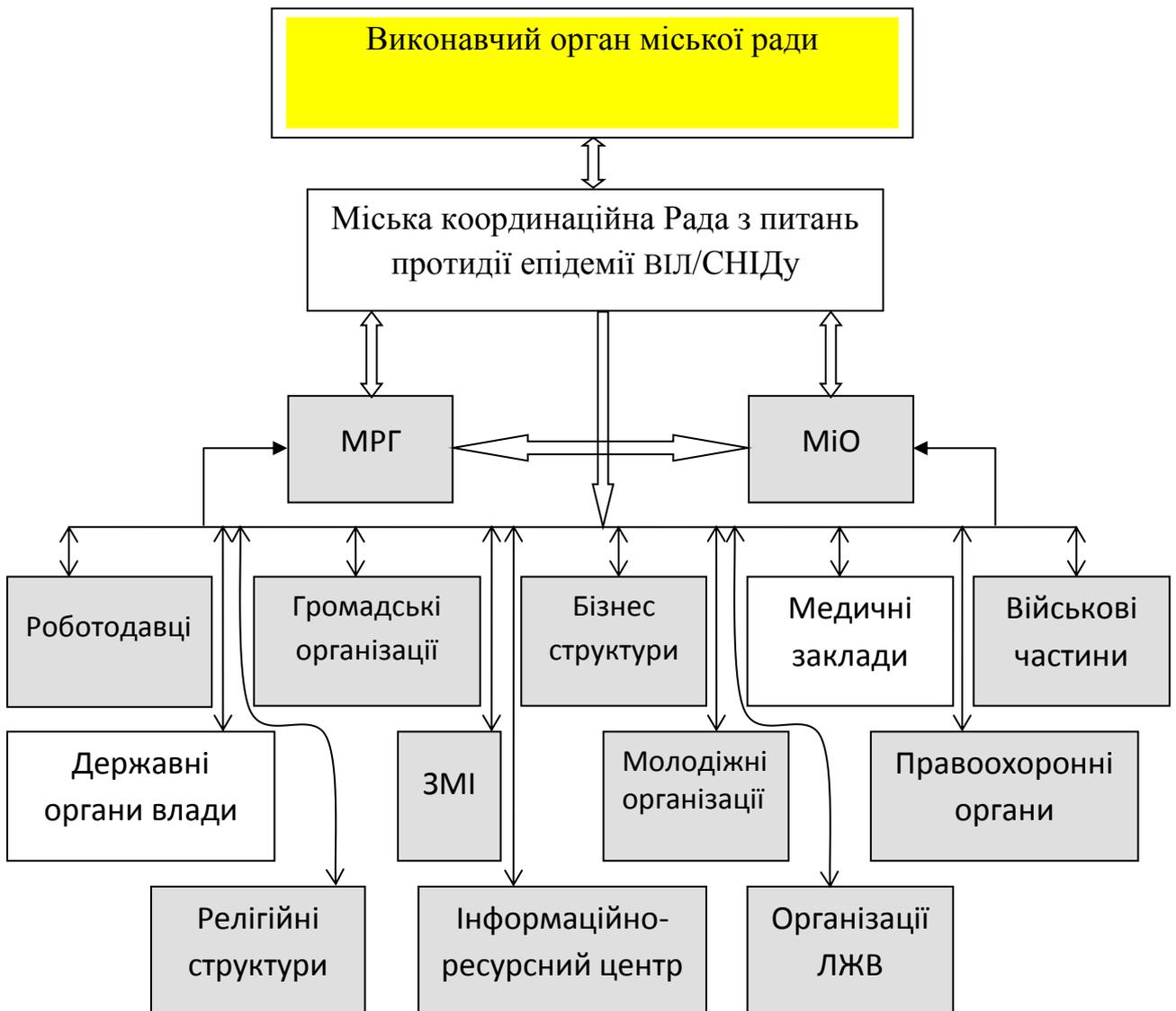


Рис. 3.1. – Функціонально-організаційна система міжсекторальної протидії в розвитку епідемії ВІЛ-інфекції

Ефективність діяльності впровадженої якісно нової функціонально-організаційної системи міжсекторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД підтверджена практичними діями в частині забезпечення виконання міської комплексної програми по запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції; міжсекторальному об'єднанні ресурсів у справі протидії розвитку епідемії; підготовки державних службовців та керівників підприємств з питань ВІЛ/СНІД [36; 87; 88; 89].

### **3.2 Стандартизування процедури призначення преко接触ної профілактики для людей, що належать до групи високого ризику інфікування ВІЛ, у якості складової комбінованих заходів з попередження ВІЛ**

Загальновизнаним є те, що в світі послуги з ВІЛ/СНІДу є високо затратними. При цьому 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. Необхідність впровадження та реалізації комплексних заходів з медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу включаючи профілактику, лікування та догляд вимагає від закладів охорони здоров'я та громадських організацій високого рівня спроможності, а також чіткої взаємодії між рівнями медичної допомоги, їх можливостями надавати конкретні послуги і забезпечувати загальне повноцінне функціонування територіальних систем медичної допомоги з названої проблеми.

Медикаментозна преко接触на профілактика ВІЛ-інфекції (ПрЕП)–сучасний підхід до профілактики інфікування ВІЛ та ключовий компонент успішних програм з ВІЛ в Європі. Варто зазначити, що Україна наказом МОЗ

України № 189 від 05.02.2021 затвердила стандарт охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції [46,91].

Поряд із лікуванням ВІЛ, ПрЕП є важливим компонентом програм комбінованої профілактики. Систематичний огляд та метааналіз клінічних випробувань ПрЕП, що містять тенофовір, продемонстрували ефективність ПрЕП у зниженні ризику ВІЛ-інфекції незалежно від віку, статі та способу інфікування (ректальний, статевий або вагінальний контакт). Встановлено, що на рівень захисту впливає на прихильність до прийому ПрЕП. Так, для споживачів психоактивних речовин програми зниження шкоди (замісна підтримувальна терапія та обмін голук) є пріоритетними діями щодо зниження ризику зараження ВІЛ. Однак, оскільки користувачі амфетамінів та інших стимуляторів мають більш високий ризик зараження ВІЛ, що передається статевим шляхом, використання ПрЕП буде доцільним у поєднанні з іншими профілактичними заходами. Також, рекомендовано об'єднати надання ПрЕП з консультуванням та медичною допомогою з питань планування сім'ї та інших питань репродуктивного здоров'я, ПСШ, вакцинації проти гепатиту В.

ПрЕП призначається як профілактичний варіант для людей, які відносяться до груп ризику інфікування ВІЛ, у складі комбінованих заходів з профілактики ВІЛ. Схема прийому визначається індивідуально. Лікар забезпечує консультування з метою підтримки прихильності до ПрЕП протягом прийому даної профілактики в лікувальному закладі, а також організує моніторинг дотримання прихильності до ПрЕП та регулярні обстеження.

Виявлення високого ризику інфікування ВІЛ складається з оцінки даних пунктів:

- ризикована статева поведінка;
- наявність ВІЛ-позитивного сексуального партнера, який не приймає АРТ або приймає АРТ, проте не досягнув вірусної супресії ВІЛ;
- призначення післяконтактної профілактики ВІЛ через ризик

інфікування статевим шляхом протягом останніх 6 міс;

- недавнє захворювання, що передається статевим шляхом.

Особливо ПрЕП показана при наявності ВІЛ-інфікованого сексуального партнера, рівень вірусного навантаження ВІЛ якого визначається більше 40 копій РНК ВІЛ/мл, також якщо є сумніви, щодо ефективності лікування ВІЛ партнера; в разі, коли партнер допускає пропуски у прийомі АРТ або пара відкрито не обговорює лікування ВІЛ, прихильність до лікування та результати обстежень на вірусне навантаження ВІЛ;

Інший сценарій призначення ПрЕП враховуючи сексуальну активність самої особи та/або її партнера з наступними ризиками:

- наявність вагінальних або анальних статевих актів без презервативів з більш ніж одним партнером;

- наявність статевого партнера з одним або кількома факторами ризику ВІЛ;

- наявність захворювань, що передаються статевим шляхом, які діагностовано лабораторно, або за даними анамнезу; або призначення ПКП через ризик інфікування статевим шляхом протягом останніх 6 міс.

З метою розширення надання послуг преконтактної (доконтактної) (ПрЕП або ДКП) профілактики на базі закладу охорони здоров'я КП "ОЦПБ з ВІЛ/СНІД ПОР" для попередження передачі ВІЛ-інфекції розроблено даний стандарт процедури призначення преконтактної профілактики для людей, що належать до групи високого ризику інфікування ВІЛ. Таким чином, для призначення ПрЕП розроблено стандартну операційну процедуру, мета якої стандартизувати процедуру надання послуги преконтактної профілактики ВІЛ-інфекції в лікувальному закладі, на базі якого призначається дана профілактика.

Перш за все процедура відбору пацієнтів для надання послуг ПрЕП відображає скерування на ПрЕП пацієнтів які: були протестовані в рамках програми індексного тестування та отримали негативний результат тесту на ВІЛ (ВІЛ-негативні статеві або ін'єкційні партнери ЛЖВ, які не мають вірусної

супресії); звернулись до закладу самостійно або були направлені НУО з метою отримання ДКП; були протестовані на ВІЛ із негативним результатом та мають підвищений ризик інфікування ВІЛ; перебували на ПКП (28-денний курс) є ВІЛ-негативними та відповідають критеріям для прийому препаратів ДКП; прийняли рішення про відновлення ДКП.

У подальшому необхідно проінформувати пацієнта, що ПрЕП призначається особам, які: мають негативний результат тесту на ВІЛ; не мають симптомів гострої ВІЛ-інфекції: лихоманки, стоматиту, болю у суглобах; тонзиліту; головного болю; болю у м'язах; запальних процесів або болю у горлі; шкірного висипу; лімфаденопатії; мають підвищений ризик інфікування ВІЛ та належить до цільових груп програми ДКП, серед них: чоловіки, які практикують секс з чоловіками; люди, що вживають ін'єкційні наркотики; трансгендерні люди; особи, які надають секс-послуги за винагороду; особи, які мають кілька статевих партнерів одночасно; особи, які мають інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСС); гетеросексуальні ВІЛ-негативні партнери у серодискордантній парі; інші люди, що мають високий ризик інфікування ВІЛ; зацікавлені в отриманні ДКП.

Далі, необхідно ухвалити рішення щодо необхідності призначення ДКП на основі відповідності/невідповідності критеріям відбору для ДКП, скринінгу наявності гострої ВІЛ-інфекції та бажання пацієнта. Якщо у пацієнта є ознаки та симптоми гострої вірусної інфекції, початок ДКП потрібно відкласти на чотири тижні, під час наступного візиту пацієнта через чотири тижня повторити тестування на ВІЛ. Гострі симптоми ВІЛ-інфекції не є специфічними, тому більшість людей з такими ознаками мають інші захворювання. Необхідно надати пацієнту, який відповідає критеріям відбору та погодився на отримання ДКП, консультацію з приводу зниження ризику інфікування ВІЛ. Для цього необхідно наступне:

1. Обговорити поведінкові моделі, які у разі їх практики, можуть призвести до інфікування ВІЛ (наприклад, незахищений секс, багато статевих

партнерів, вживання наркотиків);

2. Проаналізувати причини, через які ці поведінкові моделі можуть підвищити ризик інфікування ВІЛ;

3. Відповісти на всі запитання, які поставить пацієнт;

4. Проконсультувати пацієнта щодо інших шляхів зниження ризику інфікування ВІЛ: використання презервативів (у тому числі під час перебування на програмі ДКП), вибору партнера з ВІЛ-статусом, який має невизначальний рівень вірусного навантаження або партнера, який приймає ДКП, взаємна моногамія.

Важливість прихильності до ДКП полягає в наступному. Обговорити важливість постійного та послідовного приймання ДКП для профілактики ВІЛ, оскільки ДКП ефективний тільки тоді, коли пацієнт дотримується інструкцій щодо прийому ДКП. Обговорити різні стратегії прихильності до ДКП, які можуть бути корисними для пацієнта, у тому числі, застосування функції нагадування (на мобільному телефоні або іншому пристрої), прив'язка прийому ДКП до інших щоденних дій (наприклад, чищення зубів) або залучення друга/партнера для нагадування/підтримки у використанні препаратів ДКП.

Для виявлення гострої ВІЛ-інфекції, яка є протипоказанням для призначення ПрЕП необхідно проконсультувати пацієнта щодо можливості використання препаратів ДКП тільки серед осіб, які не є ВІЛ-інфікованими, для запобігання розвитку резистентності до ліків та запобігання маскуванню симптомів гострої ВІЛ-інфекції; проконсультувати пацієнта щодо скринінгу або виявлення симптомів можливого прориву ВІЛ-інфекції, включаючи лихоманку, біль у горлі та втому, що підкреслюють важливість консультацій з лікарем та тестування на ВІЛ, якщо будь-які з цих симптомів виявлені.

У подальшому потрібно проконсультувати пацієнта щодо можливих побічних дій, пов'язаних із застосуванням препаратів ДКП, які можуть включати головний біль, біль у животі, нудоту, а рідше й більш серйозні побічні дії, включаючи проблеми з нирками та кістками. Порадити пацієнту

звертатися, якщо у нього виникнуть будь-які з цих побічних дій, для обговорення подальшого використання препаратів ДКП. Зауважити, що люди, які розпочали ДКП, протягом перших тижнів прийому препаратів можуть повідомляти про такі побічні дії як нудота, спазми в животі чи головний біль. Як правило, ці побічні дії протікають, переважно, у м'якій формі та не потребують лікування або припинення ДКП, а зникають за кілька тижнів регулярного прийому препаратів.

Щодо методів планування сім'ї варто розуміти, що гетеросексуальні партнери у серодискордантних парах з ВІЛ можуть приймати рішення не використовувати презервативи під час прийому ДКП, незважаючи на наполегливу рекомендацію про необхідність користування презервативами під час перебування на програмі ДКП, тому проконсультувати клієнтів щодо важливості використання інших форм контрацепції (наприклад, оральні контрацептиви, ін'єкційні контрацептиви, внутрішньоматкова спіраль) для запобігання вагітності з рекомендацією звернутися до фахівця з планування сім'ї.

Інший механізм щодо профілактики ВІЛ-інфекції – проведення тестувань на ВІЛ-інфекцію, з переважанням швидких тестів через залучення сімейних лікарів в умовах децентралізації послуг ВІЛ. Так, в рамках проекту Бюро ВООЗ в Україні почали впроваджувати консультування та тестування на ВІЛ в практиці лікарів первинної медико-санітарної допомоги населенню. Згідно даного проекту алгоритм проведення КіТ на ВІЛ-інфекцію у закладах ПМСД має виглядати такий спосіб.

Згідно наведеної схеми, на першому етапі звернення пацієнта до закладу охорони здоров'я служби ВІЛ/СНІДу, проводиться його персоніфікація у відповідності до паспортних даних; проводиться збір анамнезу та об'єктивне обстеження, а також повторне тестування на ВІЛ. Далі розробляється план первинного обстеження та проводиться забір крові на заплановані дослідження.



Рис 3.2 – Алгоритм проведення тестувань на ВІЛ-інфекцію у закладах первинної медико-санітарної допомоги

На другому етапі проводиться повне первинне дослідження в терміні до одного місяця. Воно включає лабораторні та інструментальні дослідження, а також консультації спеціалістів. Під час третього етапу встановлюється заключний діагноз ВІЛ-інфекції після чого пацієнт переходить на четвертий етап маршруту. Під час четвертого етапу маршруту пацієнта в системі охорони здоров'я здійснюється регулярний медичний нагляд. На цьому етапі пацієнти розділяються на три групи:

- які не потребують АРТ;
- які потребують АРТ але не отримують;
- які отримують АРТ.

Для здійснення регулярного медичного нагляду пацієнти різних, вище названих цільових, груп з різною частотою мають проходити планові медичні огляди та обов'язкові лабораторні обстеження. Так, пацієнти першої групи такі огляди та обстеження мають проходити не рідше 1 разу на 6 місяців, а другої та третьої груп - не рідше 1 разу на 3 місяці. На першому етапі під час звернення пацієнта до ЛЗП/СЛ проводиться анкетування з метою встановлення

належності пацієнта до групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ. На цьому етапі пацієнтові пропонується пройти до тестове консультування на ВІЛ-інфекцію.

На другому етапі, за бажанням пацієнта, проводиться за допомогою швидких тестів дворазове тестування на ВІЛ. Дана процедура займає до 20 хвилин часу. На третьому етапі проводиться після тестове консультування. Особи з позитивним результатом тестування на ВІЛ скеровуються до закладів охорони здоров'я служби СНІДу. Як було встановлено в ході дослідження пацієнти випадають із системи охорони здоров'я після кожного етапу алгоритму здійснення КіТ на ВІЛ-інфекцію у закладах первинної медико-санітарної допомоги. Це вимагає розробки належних протоколів та моніторингу перенаправлення пацієнтів з первинної ланки медичної допомоги до закладів охорони здоров'я служби СНІДу.

Таким чином, сучасна профілактика ВІЛ полягає в наданні безкоштовних послуг щодо тестування на ВІЛ, особливо в мережі первинної медико-санітарної допомоги та призначення преконтактної профілактики ВІЛ тим, хто має до цього показання.

### **3.3. Удосконалення організаційної структури механізму державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні**

Система управління профілактикою ВІЛ/СНІДу структурно складається з двох підсистем: підсистеми з організації управління та підсистеми з організації виконання. Основна мета діяльності інституцій підсистеми управління полягає у виробленні політики на всіх рівнях управління, а метою діяльності інституцій підсистеми виконання є забезпечення заходів з реалізації відповідної політики в медичній, соціальній та правовій сферах.

На основі здійснення порівняльного аналізу загальних та спеціальних компетенцій органів виконавчої влади центрального рівня як суб'єктів

державної політики з питань протидії епідемії показано, що вони є незбалансованими стосовно основних завдань Національної профілактичної програми. Найбільш збалансованою та врегульованою щодо профілактики ВІЛ/СНІДу в законодавчому та нормативно-правовому полі є діяльність таких суб'єктів державної політики, як МОЗ України, МОН України, Міноборони. Усі інші суб'єкти не мають унормованих функцій щодо здійснення діяльності у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, а участь їх у виконанні завдань Національної програми не забезпечена відповідними механізмами правової відповідальності за невиконання профілактичних заходів. Це стало підґрунтям для розробки конкретних пропозицій щодо вдосконалення нормативно-правового забезпечення суб'єктної діяльності у сфері ВІЛ/СНІДу.

На підставі аналізу нормативних джерел підтверджено, що фундаторами державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу є такі державні інституції: Президент України, КМУ, МОЗ, МОН. Із застосуванням методу експертного оцінювання було встановлено, що майже кожний другий наказ, виданий МОЗ України з питань ВІЛ/СНІДу за період 2000-2006 рр., мав обмежений характер, адже їх зміст полягав в отриманні та перерозподілі різних видів гуманітарної допомоги від міжнародних громадських організацій (близько 40% - 49 наказів із 122). Отже політика МОЗ України як головного координатора міжгалузевої співпраці у 2000-2006 рр. характеризується пасивністю державно-управлінської діяльності з питань профілактики ВІЛ/СНІДу.

Тобто система управління профілактикою ВІЛ/СНІДу в Україні є інституціонально незавершеною. Як результат - значне ускладнення процесів галузевої, міжгалузевої та міжсекторальної взаємодії суб'єктів державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу. Виходячи з теоретичних засад щодо необхідності інституціональної впорядкованості системи державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, було розроблено концептуальну модель національної взаємодії суб'єктів політики, що базується на принципах

міжгалузевих та міжсекторальних зв'язків (рис. 3.3). Структура державного механізму управління у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу наведена у додатку Б.

Основна ідея концепції ґрунтується на формуванні інтегрованої взаємодії суб'єктів державної політики на всіх рівнях. Реалізація взаємодії забезпечується через механізм визначення інституційних координаторів на кожному рівні управління. Складовими елементами моделі є: рівні управління профілактикою ВІЛ/СНІДу, коло суб'єктів управління, мета, принципи і зміст діяльності відповідних інституціональних координаторів та система прямих і зворотних взаємозв'язків.

В Україні до профілактики ВІЛ/СНІДу залучені, окрім представництв міжнародних організацій, вітчизняні громадські інституції двох типів: загальні громадські організації та ВІЛ-сервісні організації. Однак місія більшості з них у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу є нечітко визначеною. Установлено, що основними функціями ВІЛ-сервісних організацій є профілактична, просвітницька, соціальна, реабілітаційна та захисна (адвокація). Це дає можливість запровадити в Україні практику державних соціальних замовлень недержавним ВІЛ-сервісним організаціям щодо здійснення певних видів соціальних послуг для ВІЛ-інфікованих осіб.

Фокус актуалізованої діяльності громадських організацій у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу переважно представлений проведенням тренінгів для всього населення; людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом та членів їх родини; представників засобів масової інформації; медичних працівників; підлітків. Проте механізми соціального партнерства та взаємодії з інституціями державної влади не використовуються сьогодні громадськими організаціями повною мірою. Підтверджено, що громадські організації здатні залучати досить значні матеріальні ресурси, але механізми організаційного управління щодо їх використання є практично не розробленими. Основними об'єктами впливу

громадськості в Україні є: різні категорії ВІЛ-інфікованих осіб; представники засобів масової інформації; працівники закладів освіти та охорони здоров'я.

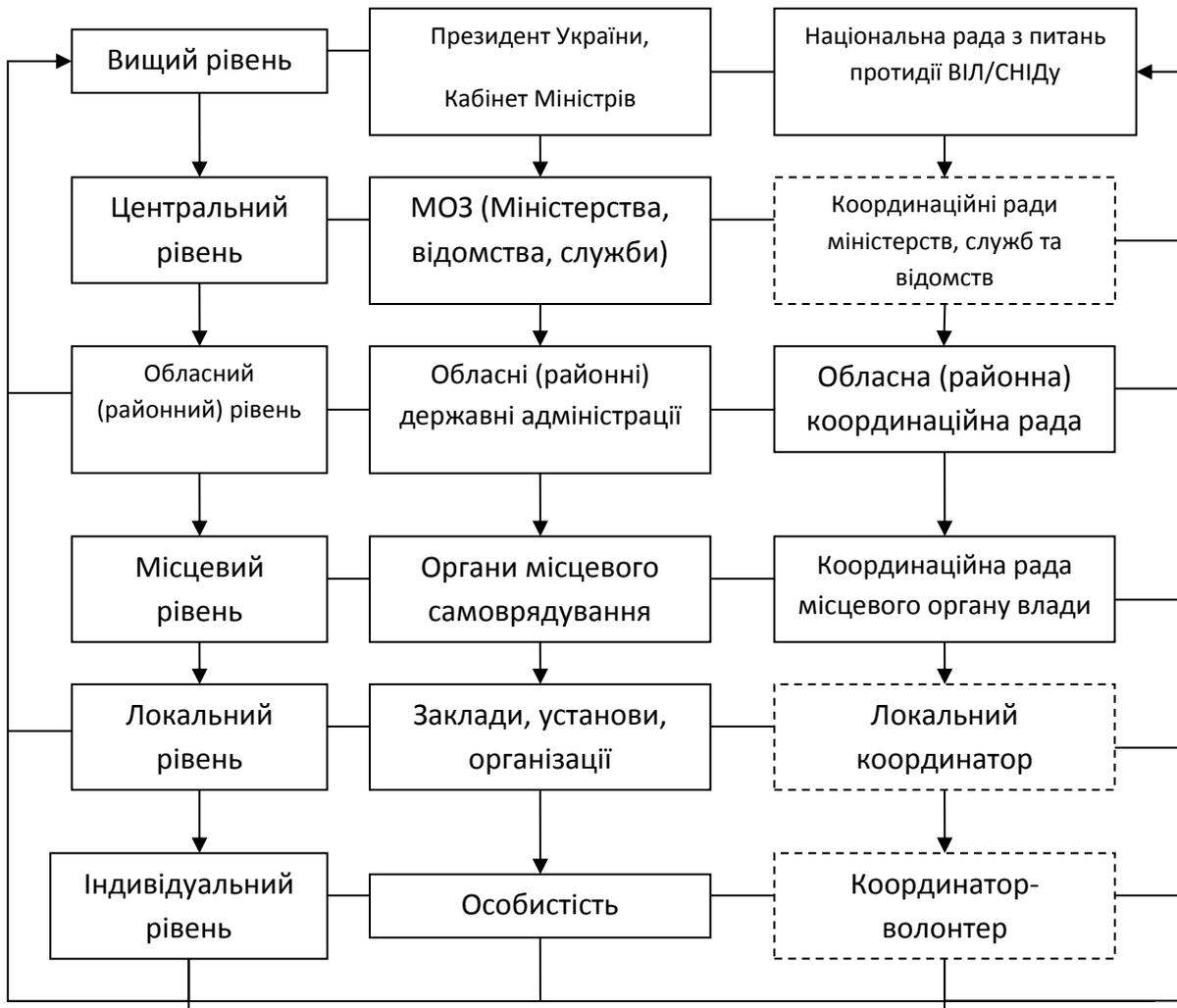


Рис. 3.3 – Концептуальна модель національної взаємодії суб'єктів державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу

На основні ідентифікації основних принципів, методів та засобів управління визначено структуру державного механізму управління у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу. Законодавчий метод управління потрібно розглядати крізь призму державного гарантування забезпечення основних громадянських прав, свобод та інтересів. а саме як сукупність відповідних законів, правових норм, положень, інструкцій тощо, на підставі яких на

суб'єкти та об'єкти профілактики здійснюється нормативно-правовий вплив шляхом установлення заборони, нагляду, забезпечення, затвердження чи регламентування відносин, що виникають у суспільстві у зв'язку з епідемією ВІЛ/СНІДу. Тому чинний Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення» потребує внесення змін та доповнень щодо конкретизації змісту діяльності місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, діяльності інституцій громадського сектору, зокрема, коаліції ВІЛ-сервісних організацій як реального суб'єкта державної політики.

Політичні методи управління з профілактики ВІЛ/СНІДу визначаються, як конкретні дії поінформованого суб'єкта управління на міжнародному та національному рівні, спрямовані на досягнення визначеної стратегічної мети, здійснюються власними політичними інститутами, які мають визначене коло повноважень і відповідальності. Застосування політичних методів управління передбачає оптимізацію внутрішніх і зовнішніх умов функціонування конкретного суб'єкта управлінського впливу.

Соціальний метод управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу потрібно визначати як управлінський підхід, що дозволяє вирішувати завдання щодо соціального захисту та соціального розвитку різних категорій об'єктів (ВІЛ-негативного, ВІЛ-позитивного населення) на основі застосування сукупності психологічних настанов, що характеризують ставлення суспільства загалом та представників органів влади, зокрема, до проблеми епідемії ВІЛ/СНІДу. У зв'язку з цим пропонується в управлінській практиці більш активно використовувати технології соціологічних досліджень, соціального планування та соціального прогнозування, адже це дозволить дослідити реальний стан справ та детально з'ясувати сутність проблем управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу на певній території.

Організаційні методи державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу реалізуються переважно у сфері галузевого управління шляхом

соціального, медичного і правового забезпечення через відповідні структури закладів та установ відомчого призначення. Зазначено, що найбільш результативно організаційні методи управління з протидії ВІЛ/СНІДу були реалізовані за напрямом медикаментозної профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ. Це дало можливість за п'ять років знизити рівень ВІЛ-інфікування немовлят в Україні з 27% до 10%, що є найкращим результатом серед країн пострадянського простору.

За роки існування епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні визначилися певні тенденції у функціонуванні механізму державного управління: збільшилася палітра методів та засобів управління, ідентифікувалася статусна роль громадськості, відбулася зміна пріоритетного застосування методів державного впливу від організаційно-правового до соціально-політичного. Це дозволило обґрунтувати доцільність запровадження координаційного, експертно-аналітичного, інформаційного методів управління. Крім того, запропоновано доповнити нормативно-правову базу з питань профілактики ВІЛ/СНІДу такими принципами як гуманність, законність, толерантність, анонімність, антидискримінаційність, соціальне партнерство, соціальна справедливість, етичне управління.

В Україні до 2003 року інструментарій для здійснення аналізу державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу за компонентом «моніторинг і оцінка» був практично не розробленим. Існуючі схеми збору окремих моніторингових показників для оцінювання програмної діяльності у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу є неузгодженими між собою та мають багато недоліків: неоперативність збору первинних даних, що відстрочує прийняття управлінських рішень як реакцію на зміни в поведінці об'єкта управління (дані збираються 1 раз на рік); на національному рівні близько 60% показників потребують проведення спеціального дослідження та фінансування; відповідно до галузевої методики МОЗ тільки чверть необхідних показників ґрунтується

на галузевих звітах; показники, що характеризують ефективність заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, у національному моніторингу взагалі відсутні.

Усе вищезазначене актуалізувало необхідність розробки нового підходу до оцінювання ефективності державно-управлінської діяльності у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу на нових теоретико-методологічних засадах.

На сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, яка вразила всі без винятку регіони держави, вирішення завдань протидії поширенню епідемії все більше покладається на органи місцевого самоврядування. У зв'язку з цим відбувається переорієнтація державної політики з централізації заходів управлінського впливу на децентралізацію діяльності, адже епідеміологічна ситуація в регіонах має значні варіативні коливання.

Найбільш актуальними проблемами управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні є такі: плани роботи координаційних рад не відображають усього комплексу проблем епідемії, що існують на місцях; засідання місцевих координаційних рад зведені до розгляду поточних справ; органи влади на місцях не ініціюють розробку комплексних міжвідомчих заходів на виконання обласної та міських профілактичних програм; з боку голів міських та районних координаційних рад послаблено контроль за виконанням рішень обласної координаційної ради. Кардинальних змін потребує система моніторингу і оцінки заходів протидії ВІЛ/СНІДу на обласному рівні.

За результатами спеціального експертного опитування, проведеного серед державних службовців та посадових осіб органів місцевого самоврядування, було встановлено, що більшість респондентів (70%) ніколи не брали участь у розробці або підготовці документів/матеріалів з проблем профілактики ВІЛ/СНІДу. Тільки окремі опитані вказали, що брали участь у розробці проекту програми з проблем ВІЛ/СНІДу, складанні доповідної записки, аналітичного огляду, планів, звітів чи доповідей. Жоден з респондентів не проводив ситуаційного аналізу. Основні труднощі, що виникали під час підготовки документів, були пов'язані з недостатньою координацією дій співвиконавців,

браком фінансів для реалізації ініціативи і браком відповідних знань. Це обумовлено відсутністю в структурі місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування спеціальних експертно-аналітичних підрозділів - координаційного центру.

Створення таких підрозділів в органах виконавчої влади як інструменту забезпечує вдосконалення державно-управлінського впливу на перебіг епідемії ВІЛ/СНІДу на основі застосування на регіональному рівні координаційного, інформаційного та експертно-аналітичного методів управління.

Розглянуто практичний аспект упровадження координаційного центру, який є спеціальним підрозділом обласної державної адміністрації. Метою діяльності такого центру є здійснення експертно-аналітичного супроводу регіональної політики у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб.

Завдання щодо вдосконалення теоретико-методологічного обґрунтування процедури оцінювання ефективності державно-управлінської діяльності з питань профілактики поширення інфекцій на регіональному рівні дозволили розробити технологічну модель оцінювання ефективності державно-управлінської діяльності у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу (рис. 3.4).

Прикладом нормативно-правової основою для розробки моделі оцінювання ефективності діяльності місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування може бути постанова КМУ від 4 березня 2004 року № 264 «Про затвердження Концепції стратегії дій Уряду, спрямованих на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, та Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих хворих і хворих на СНІД».

Інструмент оцінювання - анкета для експертного обчислення сумарного індексу регіональної політики (СІРП) у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу.

Об'єкт оцінювання - нормативно-правові акти структурних підрозділів місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування.

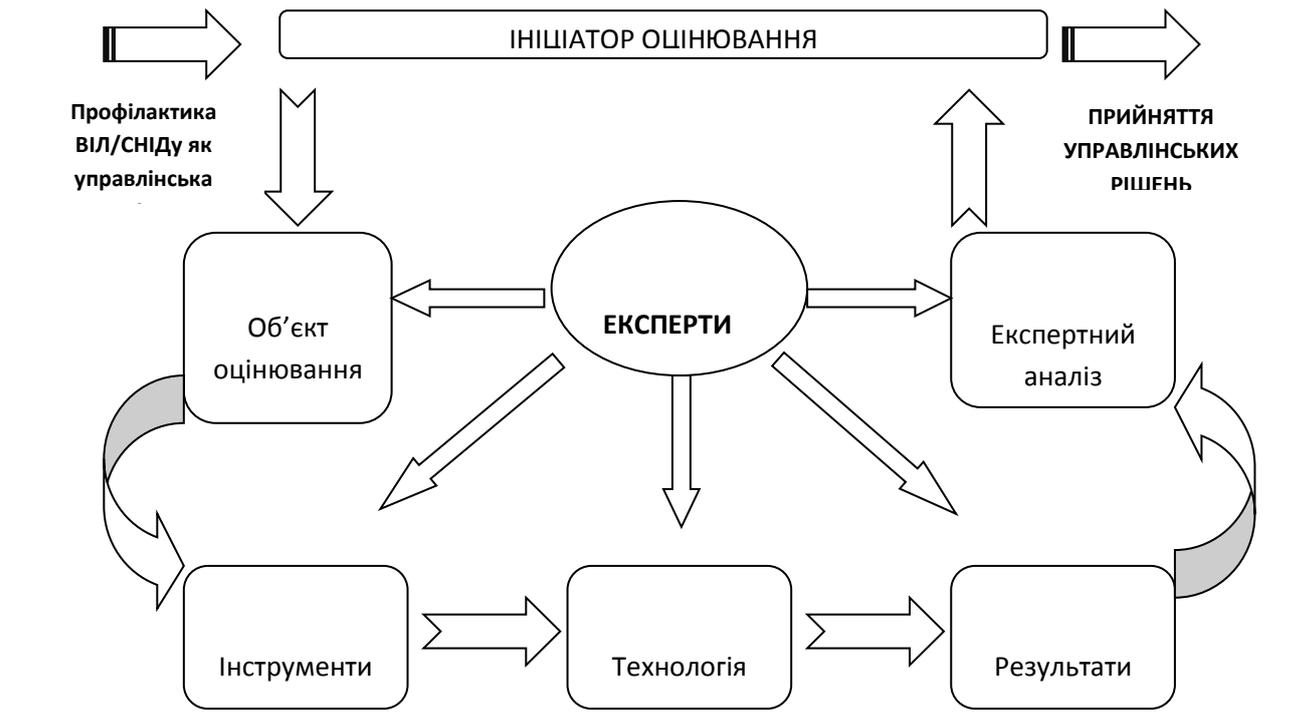


Рис. 3.4. Технологічна модель оцінювання ефективності державно-управлінської діяльності у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу

Оцінюється діяльність органів місцевого самоврядування щодо захисту прав людини; міжвідомчого партнерства державних та недержавних інституцій; фінансового забезпечення програмних заходів; профілактичного контролю за ВІЛ-інфікуванням серед уразливих груп населення; забезпечення рівного доступу до профілактичних програм, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД; соціального та правового захисту осіб, що постраждали внаслідок ВІЛ-інфікування; соціального та правового захисту працівників, що надають допомогу ВІЛ-інфікованим; виховання й навчання ВІЛ-інфікованих дітей (дітей-сиріт) у дошкільних, загальноосвітніх, позашкільних, професійно-технічних та вищих навчальних закладах.

Технологія оцінювання: для здійснення процедури оцінювання ефективності діяльності органів влади було визначено 27 різних параметрів,

кожний з яких оцінюється окремо. Далі експерт визначає єдиний кількісний показник - сумарний індекс регіональної політики (СІРП).

Після отримання кількісного результату, оскільки запропонований підхід упроваджується в організаційно-функціональній системі, а не у виробничій, експерт здійснює унормування отриманого показника за допомогою психофізичної шкали, що задається функцією бажаності Харрінгтона. Це дозволяє встановити певну відповідність між лінгвістичними оцінками бажаності значення показника. Функція бажаності відображає можливість формалізації уявлень про важливість тих або інших значень параметрів оцінювання, показує переваги та недоліки кожного напрямку діяльності, що визначають модель ефективного управління, зокрема у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу на регіональному рівні.

Таким чином, запропонований інструментарій є новим підходом, що науково обґрунтовує вирішення конкретної проблеми державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу - оцінювання ефективності діяльності місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування. Універсальний характер запропонованої технології вимірювання дає можливість її практичного використання під час експертного оцінювання політичної складової на різних етапах виконання профілактичних програм у регіонах з різним епідеміологічним дизайном щодо поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та різним ресурсним забезпеченням щодо подолання наслідків поширення ВІЛ/СНІДу. Простота отримання необхідної для самоаналізу інформації та прозорість процесу оцінювання дозволяють отримувати ідентичні результати під час проведення внутрішнього (самооцінювання) та зовнішнього контрольного оцінювання, до здійснення якого можуть залучатися експерти із центральних органів виконавчої влади, міжнародних громадських організацій та ВІЛ-сервісних організацій [36; 87; 88; 89].

Для удосконалення надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам Полтавської області в умовах, що склалась з реалізацією реформи

охорони здоров'я одним з підходів є оптимізація надання такої високоспеціалізованої допомоги на базі одного закладу, який об'єднає всі залучені служби – інфекційну, ВІЛ-службу, туберкульозну, дерматовенерологічну, з можливим залученням наркологічної допомоги пацієнтам та призначення замісної підтримуючої терапії тим, хто її потребує і полегшить маршрут пацієнта, який інфікований ВІЛ/ВГС/туберкульозом, захворюваннями, що передаються статевим шляхом та є активним споживачем ін'єкційних наркотиків для отримання висококваліфікованої допомоги в одному закладі (рис 3.5).

Передумовою даного проекту є будівництво 3-ї черги обласного тубдиспансеру за 648 млн грн, у новий корпус якого планують перевезти інфекційну лікарню. Підготовку до будівництва тубдиспансеру на вул. Київське Шосе, 1в, у селі Супрунівка почали ще у 1993 році. Основний задум був у тому, щоби об'єднати усі відділення тубдиспансеру, які «розкидані» в різних частинах Полтави, в одному місці — аби більше не розділяти різні етапи виявлення та лікування туберкульозу. Безпосередньо до робіт приступили у 1995 році. Процес розбили на три черги: поліклініка для дорослих та дітей і баклабораторія; господарчий комплекс зі знезаражувальною установкою; діагностичний центр, палатні блоки, харчоблок і будівлі для знезараження стічних вод.

Першу закінчили у 2004 році, другу — у 2011-му. У 2016 році анонсувалося відкриття всього медичного закладу, але цього не сталося ні у 2017-му, ні у 2020-му. Крім того, підрядник мав відремонтувати і збудовані раніше будівлі. У липні 2018 року, після внесення коригувань до проекту, Полтавська ОДА замовила продовження будівництва 3-ї черги за 308,4 млн грн. Договір отримало ТОВ «Доломіт Буд». За два роки робіт підряднику виплатили 2,8 млн грн, а потім — розірвали контракт за згодою сторін.

У грудні 2020 року Департамент будівництва замовив коригування проекту третьої черги зведення тубдиспансеру. Розробка передбачає

будівництво 5-поверхового корпусу на 350 ліжок у боксованих палатах з централізованим киснем, сучасним реанімаційним відділенням та вірусологічною лабораторією. Тепер за цим проектом оголошений тендер. Голова Полтавської ОДА під час презентації Стратегії розвитку регіону у березні пояснив затримку відсутністю коштів для продовження будівництва.



Рис.3.5 – Удосконалення надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам Полтавської області через створення інтегрованої клініки ВІЛ/Інфекційна/ Протитуберкульозна/Шкірно-венерологічна служба Полтавської обласної ради.

Новий корпус планують звести на місці наявного котловану. Після завершення робіт туди планують перевести інфекційну лікарню, яка зараз знаходиться у будівлі 1820 року на Першотравневому проспекті, 22. Таким чином стратегія оптимізації надання високоспеціалізованої допомоги ВІЛ-

інфікованим пацієнтам на базі одного закладу, який об'єднає всі залучені служби – інфекційну, ВІЛ-службу, туберкульозну, дерматовенерологічну стає можливим в рамках підтримки як державного фінансування, так і місцевого самоврядування, в результаті покращить надання медичної допомоги пацієнтам з множинними проблемами зокрема ко-інфекції ВІЛ/ТБ/Сифіліс/гепатит В,С в одному закладі та оптимізує витрати на підтримку закладів з місцевого бюджету.

## ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

1. Аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в Україні свідчить про те, що ця інфекція кинула виклик системі охорони здоров'я: темпи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД випереджають темпи розгортання діяльності щодо її запобігання, відбувається стійке зростання нових випадків ВІЛ-інфекції, пов'язаних з гетеростатевим шляхом передачі збудника. Смерть безпосередньо від захворювань, зумовлених СНІД, вже стала реальною загрозою для тисяч ВІЛ-інфікованих мешканців України, зокрема через пізнє встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.

2. В Україні, як і на глобальному рівні, для вимірювання прогресу у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції використовується каскад безперервної допомоги, який складається з оцінки послідовних етапів надання допомоги у зв'язку із ВІЛ (профілактика-діагностика-лікування), де відповідною точкою для послідовного аналізу є взята за 100% оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ. Каскад дозволяє досягнути комплексний вплив стратегій, які спрямовані на збільшення частки ЛЖВ з встановленим діагнозом, покращення зв'язку з доглядом після діагностики ВІЛ-інфекції, збільшення охоплення АРТ та досягнення невизначуваного рівня ВН (менше 1000 РНК копій/мл), а для цього необхідно застосовувати нові механізми державно-управлінської діяльності, які б гарантували досягнення міжнародних зобов'язань.

3. Епідемія суттєво впливає на соціальну, економічну, демографічну, політичну ситуацію у державі. Особливістю сучасного стану системи охорони здоров'я в Україні є глибока управлінська криза, що найбільш виразно ідентифікувалася у сфері управління профілактикою соціально небезпечних хвороб, таких як ВІЛ-інфекція і туберкульоз. Некерованість процесів поширення цих двох епідемій, які завдають Україні значних соціально-економічних збитків, привертає дедалі більшу увагу керівників вищого рівня,

політиків, науковців, медичних працівників, представників вітчизняних та міжнародних громадських організацій, адже сьогодні існує суперечність між потребою застосування інноваційної моделі ефективної координації міжгалузевої та міжсекторальної співпраці, яка б забезпечувала стримування темпів поширення соціально небезпечних хвороб в українському суспільстві, та відсутністю науково-теоретичного обґрунтування відповідних механізмів її реалізації.

4. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є найтяжчою серед країн Європи і масштаби епідемії ВІЛ-інфекції в Україні поступово зростають, тому державна політика протидії ВІЛ-інфекції має бути спрямована на подолання розповсюдженні ВІЛ особливо в Східній Європі та передбачає широке охоплення програмами зниження шкоди пацієнтів. Вирішальне значення для моніторингу ситуації та прийняття службами охорони здоров'я інформованих рішень щодо своєчасних і ефективних заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Європейському регіоні ВООЗ є епідагляд за ВІЛ-інфекцією та вчасне повідомлення епідеміологічних даних на рівні Європи для досягнення цілей «90-90-90», коли 90% ВІЛ-інфікованих знають про свій діагноз, 90% з них - отримують лікування, а 90% цих людей мають не визначальний рівень вірусного навантаження ВІЛ.

Отже, на сьогодні в Україні епідемія ВІЛ/СНІДу розвивається за рахунок поєднання парентерального та статевого шляхів передачі інфекції, що обумовлює її агресивну течію.

5. Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань. Завдяки реалізації в Україні комплексу заходів, спрямованих на призупинення темпів розвитку епідемії ВІЛ-інфекції, зокрема серед споживачів ін'єкційних наркотиків, темпи приросту показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію, починаючи з 2006 року, невпинно знижуються і ситуація серед СІН в країні

стабілізувалася. Але, Україна залишається в категорії країн з концентрованою стадією епідемії ВІЛ-інфекції, що зосереджена серед окремих груп населення високого ризику інфікування ВІЛ, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків.

Позитивний ефект антиретровірусної терапії попереджує смертність від СНІДу. Зменшення ускладнень внаслідок СНІДу та збільшення тривалості і якості життя ЛЖВ можливо за умови ранньої діагностики ВІЛ-інфекції. У поєднанні із заходами профілактики, такими як програмами зменшення шкоди серед ключових груп, можна суттєво змінити хід епідемії в бік зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та припинення смертей від СНІДу.

6. За даними Національної служби здоров'я України у 2021 році 376 закладів охорони здоров'я заключили договір з НСЗУ по пакету «Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)», в тому числі відбувається децентралізація послуг ВІЛ в сімейну медицину, переважає тестування ВІЛ-інфекції швидкими тестами та планується подальше призначення специфічного лікування ВІЛ лікарями загальної практики – сімейної медицини. Проте, слід звернути увагу на те, що з переходом на оплату наданих послуг від НСЗУ в умовах реформи охорони здоров'я йде об'єднання, трансформування і часто закриття регіональних центрів СНІДу, які надавали високоспецифічну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, через повну відсутність державного фінансування даних структур з перекладанням функцій фінансування закладів через НСЗУ та місцеве самоврядування.

Таким чином, на сучасному етапі в Україні відбувається реорганізація/ліквідація регіональних центрів СНІДу з децентралізацією ВІЛ-послуг в сімейну медицину, але сімейні лікарі завантаженні наданням допомоги хворим з Covid-19 та не мають бажання займатися ключовими групами населення з ВІЛ, віддаючи даних пацієнтам інфекціоністам спеціалізованих клінік.

7. В Україні розроблена міцна законодавча база для ефективної протидії ВІЛ/СНІДу. Також основою стратегії подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні став комплексний підхід до вирішення проблеми, закладений Національних Програмах профілактики СНІДу. Протягом останніх 20 років в країні були створені мережі служб для протидії ВІЛ/СНІДу на державному і регіональному рівнях. Діє багатопланова державна Програма заходів по зниженню шкоди від ін'єкційного вживання наркотиків серед споживачів ін'єкційних наркотиків, яка реалізується неурядовими організаціями (НУО) і урядовими установами.

В Україні була організована стаціонарна і хоспісна допомога хворим на СНІД, яка надавалась в стаціонарних відділеннях обласних Центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, але з переходом на фінансування від НСЗУ з 2019 р., в рамках оплати пролікованих випадків, відбулось закриття даних високоспеціалізованих відділень та стаціонарів через недостатнє фінансування, що матиме негативні наслідки на зростання смертності від СНІДу.

Система управління профілактикою ВІЛ/СНІДу в Україні є інституціонально незавершеною. Як результат - значне ускладнення процесів галузевої, міжгалузевої та міжсекторальної взаємодії суб'єктів державної політики у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу. Тому потребує внесення змін та доповнень до чинного законодавства України щодо конкретизації змісту діяльності місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, діяльності інституцій громадського сектору, зокрема, коаліції ВІЛ-сервісних організацій як реального суб'єкта державної політики.

Необхідна конкретизація планів роботи координаційних рад з відображенням комплексу проблем епідемії, що існують на місцях; засідання координаційних рад зведені до розгляду поточних справ; органами влади на місцях не ініціатива розробки комплексних міжвідомчих заходів на виконання

обласної та міських профілактичних програм; з боку голів координаційних рад здійснення контроль за виконанням їх рішень.

8. Одним із шляхів щодо запобіганню поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні є первинна профілактика, спрямована на попередження ризикованої поведінки і вторинна профілактика у поєднанні з лікуванням хворих.

1. Необхідно посилити роботу в регіонах України щодо поінформованості дітей і молоді про загрозу ВІЛ-інфекції/СНІДу, необхідність толерантного ставлення до ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, у формуванні мотивації до здорового способу життя і безпечної поведінки.
2. Потрібно створювати широку рекламну кампанію, спрямовану на запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні та забезпечення її проведення в усіх засобах масової інформації по всій території країни. Найбільш актуальними превентивними заходами залишаються профілактичні програми в уразливих групах, передусім це розширення замісної підтримувальної терапії та запровадження програм діагностики та лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, в зазначених групах.
3. Протидія ВІЛ/СНІД як складова профілактичної роботи з охорони здоров'я усіх верств населення є прерогативою держави. Необхідне забезпечити міжвідомчий підхід до реалізації профілактичних заходів, до цієї роботи необхідно залучати багато організацій, проте боротьба з ВІЛ-інфекцією залишається завданням держави.
4. Медикаментозна прекоктатна профілактика ВІЛ-інфекції (ПрЕП)– сучасний підхід до профілактики інфікування ВІЛ та ключовий компонент успішних програм з ВІЛ в Європі, тому слід розширити доступ до даної програми в Україні, особливо серед груп ризику інфікування ВІЛ та провести достатню інформаційну кампанію щодо даного виду профілактики.
5. Для активного виявлення хворих і вірусоносіїв необхідно проводити

превентивне обстеження в групах підвищеного ризику зараження, а також серед статевих партнерів хворих і вірусоносіїв. Важливе значення для виявлення носіїв ВІЛ і хворих мають кабінети анонімного обстеження.

6. Доступ до анонімного тестування є необхідною умовою зупинки подальшого поширення епідемії. Бажання людини пройти аналіз на ВІЛ зростає тоді, коли вона усвідомлює свою можливість отримати лікування.

7. Основна мета державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні до 2030 р – це зокрема і подолання епідемії ВІЛ/СНІДу.

Потребує покращення надання антиретровірусної терапії (АРТ) всім, хто її потребує. Невідкладної уваги вимагає подальша децентралізація надання АРТ, швидке розширення опіатної замісної терапії з використанням метадону, а також ефективна профілактика, діагностика та лікування туберкульозу у людей, які живуть з ВІЛ. Співпраця усіх виконавців державної Програми попередження поширення ВІЛ/СНІДу на державному і недержавному рівні є вкрай важливою. Необхідно постійно підтримувати міжрегіональні і міжвідомчі зв'язки. Усі програми і зусилля з протидії ВІЛ/СНІД повинні базуватися на пропаганді, захисті прав людини і поваги до них, включаючи гендерну рівність.

8. Профілактичні державні і регіональні Програми повинні боротися із упередженістю і стереотипами щодо способу життя людей.

Програми з протидії ВІЛ/СНІДу повинні бути пристосовані до актуальних епідеміологічних, економічних, соціальних і культурних умов, за яких вони впроваджуються. Боротьба з ВІЛ/СНІДом вимагає комплексного підходу, який включає соціальні, поведінкові, медичні і психологічні аспекти. А проведення заходів із запобігання поширенню ВІЛ/СНІДу необхідно включити до Планів роботи усіх служб та установ держави, які забезпечують надання послуг із попередження поширення хвороби безпосередньо цільовим групам населення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т. П., Білинська М.М., Васюк Н.О., Віленський А.Б. та ін.. Державна політика України в сфері охорони здоров'я: кол. монографія у 2 ч. / упоряд. Я.Ф.Радиш; передм. та заг. ред. М. М. Білинської, Я.Ф.Радиша. Київ: Вид-во НАДУ при Президентові України, 2013. Ч. 1. С. 265–280
2. Барнет Т., Уайтсайд А., Ходакевич Л., Круглов Ю., Стешенко В. Оцінка можливих демографічних і соціально-економічних впливів поширення ВІЛ/СНІДу в Україні// Демографічні дослідження. Вип. 20. - К: Ін-т економіки НАН України, 1998 р. – С. 89-90.
3. Баранова Н. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: прогнозування, моделювання, оцінка // Україна : аспекти праці. - 2006. р - № 1. - С. 19-25.
4. Варивончик Д. Наукове обґрунтування та оцінка ефективності системи медико-соціальної профілактики ВІЛ - інфікованих підлітків // Основи здоров'я та фізична культура :- 2006 р. – № 4. - С. 5-10.
5. Вікіпедія URL:  
[http://uk.wikipedia.org/wiki/Вірус\\_імунодефіциту\\_людини](http://uk.wikipedia.org/wiki/Вірус_імунодефіциту_людини) (дата звернення: 01.11.2021).
6. ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень. URL:  
[https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV\\_in\\_UA\\_51\\_2020.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf) (дата звернення: 01.11.2021).
7. ВІЛ та СНІД: Достовірно про проблему // Психолог: всеукраїнська газета для вчителів. - Київ, 2005 р. - № 12. - С. 1-7.
8. Власенко І. Триголовий змії великої загрози : [Про наркоманію, СНІД, туберкульоз] // Урядовий кур'єр: 2006 р. - № 88/13 трав. - С. 7.
9. Войтенко В. По той бік кохання: [ВІЛ-СНІД] // Слово Просвіти – 2006 р. - № 21. - С. 11.
10. Вивчення поширеності ВІЛ-інфекції шляхом застосування методології

“дозорного” епідеміологічного нагляду / Ю. В. Круглов, В. А. Марциновська, О. М. Кислих, О. В. Максименок, Л. С. Котлик, В. І. Лісецька, О. В. Юрченко, О. М. Кульбах, О. І. Балановська // Інфекц. контроль. – 2007. - № 2 - С. 9-10.

11. Голубовська О. А. HIV-infection–ВІЛ-інфекція / О. А. Голубовська, О. А. Гудзенко, І. В. Шестакова. – К. : Медицина, 2011. – 288 с.

12. Дацюк В. В. Публічна політика щодо подолання стигми та дискримінації ВІЛ-інфікованих/хворих на СНІД в Україні дисертація на здобуття ступеня доктора філософії з галузі знань 28 «Публічне управління та адміністрування» за спеціальністю 281 “Публічне управління та адміністрування”/ Національна академія державного управління при Президентові України. Київ, 2021.

13. Дацюк В. Публічна комунікація як фактор протидії стигмі та дискримінації ВІЛ-інфікованих / В. Дацюк // Актуальні проблеми державного управління. - 2018. - Вип. 4. - С. 36-41. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdyo\\_2018\\_4\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apdyo_2018_4_7) (дата звернення: 01.11.2021).

14. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / [кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – Ч. 2. – 484 с

15. Державна політика: аналіз та механізми її впровадження: метод. рекомендації / уклад.: О. І. Кілієвич, В. В. Тертичка. Київ: НАДУ, 2009. 88 с.

16. Державна політика у галузі ВІЛ/СНІД // Українська мова та література. – 2005 р. - №34/35. - С. 20-25.

17. Джужа О. М. Механізм законодавчого забезпечення запобігання наркоманії та поширенню ВІЛ/СНІДУ в Україні // Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ України : - 2005 р. - № 6. - С. 225-230.

18. Діти: втрачене обличчя СНІДУ // Основи здоров'я та фізична культура – 2006 р. - № 6. - С. 5-6.

19. Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДУ. Постанова Кабінету Міністрів України; Положення, Склад колегіального

органу, Перелік від 11.07.2007 № 926 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/926-2007-п#Text> (дата звернення: 01.11.2021).

20. Живиця Д. Г. ВІЛ-інфекція / Д. Г. Живиця. – Запоріжжя : Орбіта-Юг, 2011. – 144 с.

21. Залата О. А., Яцюк А. С. Профілактична робота серед жінок секс-бізнесу в Сімферополі. - Сімферополь, 2000 р. - Архів Українського інституту соціальних досліджень. Діяльність громадських організацій по профілактики ВІЛ/СНІДу серед жінок секс-бізнесу: За результатами проекту „Створення мережі неурядових організацій, що працюють із жінками секс-бізнесу в Україні. - К., 2000 р. – С. 176.

22. Засікан Ю. А., Яковенко В. С. Звіт регіональних виконавців проекту „Створення мережі неурядових організацій, які працюють із жінками секс-бізнесу в Україні в м. Дніпропетровську. - Архів УІСД.

23. Зелений С. Б. Що ми повинні знати про СНІД // Безпека життєдіяльності – 2005 р. - № 11. - С. 63-67.

24. Інформаційний бюлетень Глобального фонду з боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією «Прискорення прогресу у зменшенні тягара туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні» URL: <https://aph.org.ua/uk/nasha-robota/ukraine/gf/> (дата звернення: 01.11.2021).

25. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. – К.: Преса України, 1998 р. - С. 80.

26. Коршенко В. О. Соціальні аспекти поширення ВІЛ/СНІДу. Збірник тез та рекомендацій підготовлені в рамках виконання науково-дослідної роботи „Механізми вдосконалення процесу управління економічним і соціальним розвитком регіонів (на прикладі Луганської, Полтавської, Сумської та Харківської областей)”.

27. Коршенко В. О., Лисак В. П. Шляхи удосконалення реформування медичної допомоги на принципах громадської системи охорони здоров'я в Полтавській області. Збірник наукових праць Української Академії державного

управління при Президентіві України /Державне управління і місцеве самоврядування. В 6-ти частинах. Ч. 1. За заг. Ред. Г.І. Мостового.- Х.: УАДУ ХФ, 2001 р. - С. 130.

28. Коршенко В. О., Лисак В. П. Процес управління в сучасних умовах: технологічно-функціональні фази. Збірник наукових праць Української Академії державного управління при Президентіві України /Державне управління і місцеве самоврядування. Випуск 2/2001. Ч. II. За заг. Ред. Г. І. Мостового, Г. С. Одінової ; - Х.: ХарПІ УАДУ, 2001 р. - С. 248.

29. Короткіх Л. В. Методичні рекомендації куратору студентської групи денної і заочної форм навчання за темою: «ВІЛ-інфекція і СНІД в Україні», Луганськ, 2008 р.

30. Концептуальні засади взаємодії політики та управління. – Частина II: Основи національної безпеки України: Навч.-метод. посіб. для слухачів заочної форми навчання за спеціальністю «Державне управління» /Уклад. В. В. Говоруха. - Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2009 - С. 188.

31. Кокіна В. Більше знати про СНІД не зайве // Урядовий кур'єр – 2006 р. - № 199/24 жовт.

32. Крисько М. О. Медико-соціальне обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД на первинному рівні : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 – Соціальна медицина / М. О. Крисько ; ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України». – Київ, 2016. – 195 с.

33. Левчук Н. М. Демоекономічні впливи епідемії ВІЛ/СНІДу на людський розвиток в Україні. - У кн.: Сучасні технології управління людськими ресурсами. - К.: КНЕУ, 2007 р. - Т.1 - С. 292-298.

34. Лучинська О. В. Взаємодія з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 механізми державного управління/Одеський регіональний інститут

державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. Одеса, 2018.

35. Медведовська Н. В. ВІЛ-інфекція/СНІД - як актуальна проблема сьогодення / Н. В. Медведовська, Т. К. Кульчицька, О. В. Юрченко // Вестн. гігієни и епідеміології. - 2006. - Т. 10, № 1. - С. 1-7.

36. Методика міжсекторальної взаємодії в організації протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД на рівні великого промислового міста / В. М. Пономаренко, Г. О. Слабкий, Н. Я. Жилка, О. В. Юрченко, В. Г. Панченко // Реєстр галузевих нововведень. - К., 2007. - Вип. 26/27. - С. 94-95.

37. Миронюк І. С. Результати розробки та впровадження моделі підвищення впливу медичної галузі на розширення доступності послуг добровільного консультування та тестування на ВІЛ населення на прикладі Закарпатської області / І. С. Миронюк, В. В. Брич // Медичні перспективи. – 2008. – Т. XII, № 4. – С. 94–99.

38. Нещерет О. М., Кутова О. О. Звіт регіональних виконавців проекту „Створення мережі неурядових організацій, які працюють із жінками секс-бізнесу в Україні у м. Донецьку. - Архів УІСД.

39. Національна служба здоров'я України. URL:

<https://nszu.gov.ua/novini/nacionalna-sluzhba-zdorovya-za-5-misyaciv-diyi-programi-medi-298> (дата звернення: 01.11.2021).

40. Національна стратегія адвокації, комунікації та соціальної мобілізації для підтримки розробки та реалізації програм та заходів з подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні на 2013–2017 роки, обговорена на загальних зборах ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій» 12–13 липня 2012 р. URL: [www.hiv.org.ua/.../Стратегія%20АКСМ\\_ВІЛ\\_23\\_07\\_2012\\_Кестер.doc](http://www.hiv.org.ua/.../Стратегія%20АКСМ_ВІЛ_23_07_2012_Кестер.doc). (дата звернення: 01.11.2021).

41. Нізова Н. М. Партнерство України з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією як чинник зміцнення ролі держави у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні / Н. М. Нізова //

Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2012. № 3. - С. 6-12. – URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tlkhvil\\_2012\\_3\\_3](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tlkhvil_2012_3_3). (дата звернення: 01.11.2021).

42. О. Качан, Я. Турчин ; Національний університет «Львівська політехніка» „Вплив демографічних процесів в Україні на національну безпеку держави”, 2009 р.

43. Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу. URL: <http://www.unaids.org>. (дата звернення: 01.11.2021).

44. Організація діяльності консультативних пунктів «Довіра» центрами соціальних служб для молоді: метод. посіб. / за ред. П. Б. Лазаренко, І. М. Пінчук. Київ: ДЦССМ, 2003. 138 с.

45. Постанова Національної академії наук України від 16.06.2004 року № 142 „Про Концепцію демографічного розвитку України на 2005-2015 роки”.

46. Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції»: Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1292. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1292-pro-zatverdzhennja-novogo-klinichnogo-protokolu-iz-zastosuvannja-antiretrovirusnih-preparativ-dlja-likuvannja-ta-profilaktiki-vil-infekcii> (дата звернення: 01.10.2021).

47. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від 12 грудня 1991 року № 1972 із змінами, внесеними згідно із Законом № 2776-III від 15.11.2001 р. //Збірник нормативно-директивної документації з охорони здоров'я. – 2002 р.- січень. - С. 3-8.

48. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751: Наказ МОЗ України від 29.12.2016 № 1422, зміни до Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17#Text> (дата

звернення: 01.10.2021).

49. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. Розпорядження КМУ від 27.11.2019 № 1415-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-p#Text> (дата звернення: 01.11.2021).

50. Про проведення дослідної експлуатації Єдиної електронної системи епідеміологічного та клінічного моніторингу поширеності ВІЛ-інфекції: Наказ МОЗ України від 04.07.2018 № 1251. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-04072018--1251-pro-provedennja-doslidnoi-ekspluatacii-edinoi-elektronnoi-sistemi-epidemiologichnogo-ta-klinichnogo-monitoringu-poshirenosti-vil-infekcii> (дата звернення: 01.12.2021).

51. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування: Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0661-12#Text> (дата звернення: 01.11.2021).

52. Піщенко Г., Тищенко О. Соціокультурні та геополітичні чинники поширення наркоманії та ВІЛ/СНІДу в Україні // Право України. – 2005 р.- № 2. - С. 73-77.

53. Профілактика ВІЛ/СНІДу - складова безпеки держави: [ Прес-конференція за підсумками міжнародного проекту СМАРТ ] // Людина і праця. – 2006 р. - № 9. - С. 10-11.

54. Розпорядження Кабінету Міністрів України. „Про схвалення Концепції Державної програми економічного і соціального розвитку України на 2003 рік” від 14 червня 2002 р. - № 339. //Офіційний вісник України. – 2002 р. - № 25. – С. 34-43.

55. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 8 жовтня 2004 року № 724-р. „Про Концепцію демографічного розвитку на 2005-2015 роки”.

56. Рачинський А. П. Стратегічні підходи до оптимізації структур органів державної влади в сучасних умовах суспільного розвитку. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Київ, 2010. № 1. С. 22–30.

57. Рижков К. День пам'яті людей, які померли від СНІДу // Соціальна політика і соціальна робота. - 2005 р. - № 2. - С. 135-139.

58. Реформа ВІЛ-послуг у дії. Актуальність створення Національного центру громадського здоров'я та контролю за захворюваннями: аналіт. звіт. 2015. URL: <http://www.hivreforminaction.org/wpcontent/uploads/2015/10/National-Public-Health-and-Disease-Control-Centerdraft.pdf> (дата звернення: 01.11.2021).

59. Реформування державної політики в Україні: теоретико-методологічні засади дослідження та впровадження: навч.-наук. вид. / за заг. ред. В. В. Тертички, В. А. Шахова. Київ-Львів: НАДУ, 2012. 352 с.

60. Робота зі стратегічною інформацією у сфері протидії ВІЛінфекції/СНІДу на регіональному рівні: практ. посіб. / за ред. О. Балакіревої. Київ: Поліграф плюс, 2015. 120 с.

61. Романенко Є. О. Державно-громадське партнерство як засіб формування державної політики. Місцеве самоврядування основа сталого розвитку України: матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 16 трав. 2014 р.). У 2 т. / за наук. ред. Ю. В. Ковбасюка, К. О. Ващенко, С. В. Загороднюка. Київ: НАДУ, 2014. Т. 2. 288 с.

62. Рудий В. Законодавство України у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом: сучасний стан і шляхи вдосконалення. Київ: Сфера, 2004. 187 с.

63. Сайт Міжнародного Альянсу ВІЛ/СНІД в Україні URL: <http://www.aidsalliance.org/> (дата звернення: 01.11.2021).

64. Стешенко В., Рудницький О., Хомра О., Стефановський А. Демографічні перспективи України до 2026 р. - К.: Ін-т економіки НАН України, 1999. - С. 56.

65. Соціально- медичне вивчення патогенеза ВІЛ-інфекції / Н. Митина,

В. Шаповалова, Е. Вырва, В. Шаповалов // Ліки України. – 2004 р.- № 7-8. - С. 90-92.

66. Слабкий Г. О. До питання організації протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДУ в столиці України / Г. О. Слабкий, О. В. Юрченко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. - 2006 - № 3. - С. 90-95.

67. Слабкий Г. О. Рівень обізнаності з проблеми ВІЛ/СНІДУ осіб, які приймають рішення з питань зазначеної проблеми / Г. О. Слабкий, О. В. Юрченко // Університетська клініка. - 2006. - Т. 2, № 1/2. - С. 92-95.

68. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція та СНІД / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, Л. В. Турченко. - К.: Здоров'я, 2004 р. - С. 197.

69. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД / [Р. Г. Процюк, В. Ф. Москаленко, В. І. Петренко та ін.] ; за ред. В. Ф. Москаленка, Р. Г. Процюка. – К. : Медицина, 2009. – 424 с.

70. Терницька С. В. Соціально-педагогічні умови міжсекторної взаємодії у сфері профілактики ВІЛ-інфекції в молодіжному оточенні. Соціальна педагогіка: теорія та практика: зб. наук. праць. Луганськ : Вид-во Держ. закл. "Луган. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка" 2012. № 2. С. 34–42.

71. Тертичка В. В. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. Київ: Основи, 2002. 750 с.

72. Тимошук В. П. Адміністративна процедура та адміністративні послуги. Зарубіжний досвід і пропозиції для України / авт.-упоряд. В. П. Тимошук. Київ: Факт, 2003. 496 с.

73. Трощинський В. П., Попок А. А. Державотворчий процес в Україні: 1991–2006: монографія. Київ: Наук. думка, 2007. 912 с

74. Управління діяльністю соціальних служб: метод. посіб. / заг. ред. О. Іванова, Н. Гусак; ПРООН в Україні, Проект «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». Київ: К.І.С., 2013. 178 с.

75. Усаченко Л. М. Зарубіжний досвід неурядових організацій: функціональні моделі. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej11/txts/10ulmofm.pdf>.

(дата звернення: 01.11.2021).

76. Формування громадянського суспільства в Україні: стан, проблеми, перспективи / ред.: В. І. Луговий, В. М. Князєв; УАДУ при Президентові України. Київ, 2001. 252 с.

77. Хожило І. І. Державна політика України у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу: етапи формування, становлення та розвитку. Держава та регіони. Сер. «Державне управління»: наук.-вроб. вид. Запоріжжя 2007. № 4. С. 210–214.

78. . Хожило І. І. Державна політика України у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу: механізми формування та реалізації: дис. ... д-ра наук з держ. упр. Донецьк, 2009. 383 с.

79. Хожило І. І. Механізми координації національних зусиль у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу: міжнародний досвід. Менеджер. 2007. № 4. С. 27–30.

80. Цілі розвитку тисячоліття Україна: 2010: національна аналітична доповідь. - К.: ПРООН, 2010 р. - С. 108.

81. Чередниченко О., канд. психолог. наук, державний експерт Ради національної безпеки і оборони України, журнал «Схід» № 5 (96), 2009 р.

82. Щербінська А. М. (2000) Друга щорічна донорська конференція „2001 рік - Рік охорони здоров'я населення України”, 7-8 грудня 2000 р. - К.: С. 79-83.

83. Що таке ВІЛ і СНІД // Зарубіжна л-ра. – 2005 р.- 5 берез. (№ 7).- В дод.: С. 2-5.- (Сер. Шк. світ).

84. Що таке СНІД і ВІЛ //Українська мова та література. - 2005 р. - № 12. - С. 2-8.

85. Хрипункова Г. Три причини, через які ВІЛ-інфіковані не хочуть лікуватися // День – 2006 р. - № 73. - С. 6.

86. ЮНЕЙДС URL: <http://www.unaids.org/ru/> (дата звернення: 01.11.2021).

87. Юрченко О. В. Епідеміологічний нагляд за розвитком епідемії ВІЛ/СНІДу (аналітичний огляд літератури) / О. В. Юрченко, В. Г. Панченко //

Україна. Здоров'я нації. - 2007. - № 2. - С. 131-136.

88. Юрченко О. В. Профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДу та організація надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним особам та хворим на СНІД / О. В. Юрченко // Підсумки роботи галузі “Охорона здоров'я” столиці в 2007 році. - К., 2008. - С. 269-278.

89. Юрченко О. В. Стратегія дій уряду в протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в країні / О. В. Юрченко // Сучасні технології вищої мед. освіти : зб. наук. праць. - Донецьк, 2006. - С. 277-281.

90. Ярош Н. П. Проблеми та завдання у сфері впровадження державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню України. Україна. Здоров'я нації: наук.-практ. журнал. Київ, 2011. № 3. С. 63– 67.

91. Pre-Exposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United State – 2017 Update Clinical Practice Guideline, U.S. Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; URL: <https://www.cdc.gov/hiv/guidelines/preventing.html> (01.11.2021)

92. WHO Implementation tool for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) of HIV, July 2017, Module 1 Clinical, World Health Organization, <https://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/> (01.11.2021)

## Додатки

ДОДАТОК А

Публікації за темою магістерської роботи

## ДОДАТОК Б

## Структура державного механізму управління у сфері профілактики

## ВІЛ-інфекції/СНІДу

