

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

II медичний факультет

Завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
_____ В.Г. Нестеренко

**ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЮ ВІЛ/СНІД
СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр»
Освітньо-професійна програма: «Управління у сфері охорони здоров'я»
Спеціальність: 281 «Публічне управління та адміністрування»

Виконала:

слухач групи ПУА-21

А.Ю. Монакова

Керівник,

PhD

М.М. Міщенко

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЮ ВІЛ/СНІД СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ	3
1.1 Соціально-економічні чинники та міграційний фактор епідемії, що впливають на поширення епідемії ВІЛ/СНІД	5
1.2 Забезпечення державної політики протидії ВІЛ/СНІД	18
РОЗДІЛ 2 ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІД	26
2.1 Вплив медичної реформи на розвиток протидії ВІЛ/СНІД в Україні	26
2.2 Оцінка чисельності груп високого ризику та інфікування ВІЛ/СНІД в Україні	34
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ МЕХАНІЗМІВ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЮ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ	46
3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду політики протидії ВІЛ/СНІД	46
3.2 Удосконалення організаційної структури механізму державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІД в Україні	54
ВИСНОВКИ	62
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	64

ВСТУП

Актуальність проблеми. Тема ВІЛ/СНІД залишається дуже актуальною для України, яка продовжує бути регіоном із високим рівнем поширення ВІЛ у Європі. Епідемічна ситуація ускладнюється триваючою війною, яка впливає на доступність медичних послуг та моніторинг захворюваності. За оцінками експертів, загальна кількість людей, які живуть з ВІЛ/СНІД в Україні, сягає близько 377,6 тис. осіб, проте про свій статус знає лише третина з них. Станом на 1 жовтня 2025 року на офіційному обліку перебувало понад 115 тис. осіб, які отримують антиретровірусну терапію. Повномасштабне військове вторгнення призвело до внутрішнього переміщення великої кількості людей, що ускладнює моніторинг і забезпечення безперервності лікування для ВІЛ-позитивних осіб. Найбільша кількість ВПО з ВІЛ прибули до інших регіонів з Донецької, Херсонської та Луганської областей. Актуальним залишається розширення доступу до тестування, програм доконтактної (ДКП/PrEP) та постконтактної профілактики, а також забезпечення 100 % охоплення АРТ усіх, хто цього потребує.

Мета дослідження: вплив державної політики на вдосконалення надання медичної допомоги хворим на ВІЛ/СНІД на основі розробки та впровадження якісно нової функціонально-організаційної системи міжсекторальної протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини в сфері охорони здоров'я в питаннях протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІД.

Предметом дослідження є вплив державної політики щодо попередження поширенню ВІЛ/СНІД.

Завдання дослідження:

– дослідити внесок різних соціально-економічних чинників, що впливають на поширення епідемії ВІЛ/СНІД в Україні;

– дослідити динаміку показників епідемічного процесу ВІЛ/СНІД в Україні та визначити план протидії її розповсюдженню органами системи охорони здоров'я;

– проаналізувати забезпечення населення України медичними послугами щодо профілактики та лікування ВІЛ/СНІД в умовах трансформації системи охорони здоров'я України через Національну службу здоров'я;

– проаналізувати стан досягнення цілей 90-90-90 щодо протидії ВІЛ/СНІД в Україні на сучасному етапі;

– встановити внесок державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІД в Україні до 2030 р та розглянути протидію епідемії ВІЛ/СНІД;

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

Практичне значення роботи полягає у використанні можливостей, які допоможуть створити продуктивні партнерські стосунки у державному секторі, серед недержавних організацій, в контексті подолання епідемії ВІЛ/СНІД в нашій країні.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЮ ВІЛ/СНІД СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ

1.1 Соціально-економічні чинники та міграційний фактор епідемії, що впливають на поширення епідемії ВІЛ/СНІД

Нині ВІЛ/СНІД розглядається як світова проблема, що має медичний, соціальний, правовий, економічний, психологічний виміри. Вона стала перевіркою на людяність, терпимість, гуманізм, фактично тим глобальним викликом, який визначає рівень нашої цивілізації. Відтак, чимало міжнародних організацій, глобальних суб'єктів політики долучилися до пошуків ефективної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІД у національних державах, у тому числі й в Україні (2002 року Україна подала заявку до Глобального Фонду по боротьбі із ВІЛ/СНІД, туберкульозом і малярією, і згодом отримала 92 мільйони доларів США на протидію поширенню ВІЛ/СНІД; 2003 року Україна ухвалила рішення про отримання позики Світового Банку для реалізації проекту «Контроль за туберкульозом і ВІЛ/СНІД в Україні» загальною вартістю у 77 мільйонів доларів США.

Ще з 1990-х років в Україні впроваджують свої проекти чимало інших організацій) [9]. Вважається, що ці ініціативи роблять свій внесок у подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, спрямовуючи свою діяльність на розширення доступу клієнтів до послуг догляду та підтримки, впроваджуючи програми зменшення шкоди, реалізуючи інформаційні кампанії, спрямовані на зменшення стигми і дискримінації ВІЛ/СНІД-позитивних людей, проводячи адвокаційні компанії, а також ініціюючи законодавчі зміни [22] Державна політика у сфері протидії ВІЛ/СНІД є життєво важливою для збереження здоров'я населення, забезпечення прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та зменшення соціальної шкоди, пов'язаної з епідемією. Зростає кількість виявлених позитивних

результатів тестування на ВІЛ/СНІД в Україні, хоча це частково пов'язано зі збільшенням обсягів тестувань. За даними Центру громадського здоров'я. Попри це, ВІЛ/СНІД залишається серйозною проблемою, і Україна все ще належить до регіонів зі зростанням епідемії ВІЛ/СНІД. Актуальність серед населення обумовлена високим рівнем захворюваності, необхідністю захисту прав людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та запобіганням подальшого поширення вірусу. Державна політика спрямована на забезпечення комплексного підходу, що включає профілактику, лікування, догляд та підтримку, а також боротьбу зі стигматизацією та дискримінацією [24].

Проте глобальні ініціативи не завжди знаходять підтримку та розуміння як серед політикуму, так і населення. Це ставить завдання осмислення уроків участі міжнародних організацій у політиці охорони громадського здоров'я в Україні, одним із ключових пріоритетів якої вважається протидія епідемії ВІЛ/СНІД. Наприкінці 2021 року в Україні мешкали близько 245000 людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

За оцінками, за час протидії епідемії ВІЛ/СНІД спільними зусиллями держави, громадського сектору та за технічної підтримки міжнародних партнерів було досягнуто відчутних успіхів, і епідемія почала відступати. Завдяки масштабним профілактичним програмам, порівняно з 1999 роком, кількість інфікувань ВІЛ/СНІД на рік зменшилась в 5 разів, а щорічна кількість смертей внаслідок ВІЛ/СНІД, завдяки діагностиці та забезпеченню доступу до лікування, зменшилась за останні 15 років у 5,5 разів [15]. Більшість людей, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ, були охоплені профілактичними програмами, а понад 150000 людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, отримували життєво необхідне лікування [7].

Завдання та цілі державної політики протидії ВІЛ/СНІД:

1. Зменшення кількості нових випадків. Завдяки профілактичним заходам, розширенню доступу до тестування та лікування.

2. Забезпечення доступності лікування ВІЛ/СНІД. (Надання антиретровірусної терапії для всіх, хто її потребує).

3. Зменшення стигми та дискримінації. Боротьба з негативним ставленням до людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, через інформаційні кампанії та зміни у законодавстві.

4. Посилення координації між різними секторами. Взаємодія між медичними закладами, громадськими організаціями та державними органами.

5. Необхідність розширення доступу до лікування: важливо забезпечити доступ до антиретровірусної терапії (АРТ), яка дозволяє контролювати вірус, покращувати якість життя та запобігати передачі ВІЛ [27].

6. Необхідність профілактики: важливо продовжувати профілактичні заходи, зокрема, програми заміни шприців для ін'єкційних наркоманів, розширення доступу до презервативів та проведення інформаційних кампаній.

7. Підвищення рівня обізнаності населення. Проведення інформаційних кампаній, розширення доступу до освіти та збільшення охоплення тестуванням.

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 ВІЛ/СНІД – це глобальна проблема і стосується всього суспільства і кожної людини зокрема [8] Вирішення проблеми ВІЛ/СНІД стало своєрідним критерієм, за яким визначається рівень демократичності держави.

Щороку 1 грудня у всьому світі відзначають Всесвітній день боротьби зі ВІЛ/СНІД. Уперше цей відзначили 1 грудня 1988 року завдяки старанням співробітників Всесвітньої організації охорони здоров'я. Хоча з того часу, а з часу відкриття самого ВІЛ/СНІД ще більше, пройшло вже багато років та загинули мільйони людей, вчені достеменно не знають звідки прийшов цей страшний вірус.

Теорії про походження ВІЛ/СНІД можна розділити на декілька категорій. Перша категорія охоплює ті теорії, які стверджують, що ВІЛ/СНІД – це відносно нешкідливий вірус, а деякі вважають що його немає зовсім і він не викликає ВІЛ/СНІД. Прихильники цих теорій стверджують, що причинами

захворювань і в подальшому смерті людей можуть бути інші фактори – наприклад, токсична дія лікарських препаратів, які використовуються для лікування ВІЛ/СНІД, бідність та голод, а також інші хронічні недуги. Є цілковиті прихильники заперечення існування ВІЛ/СНІД – Пітер Дусберг, Роберт Рут-Бернштейн і Кері Мюліс, який отримав у 1993 році Нобелівську премію з хімії за розробку методу ПЛР.

Друга категорія теорій ще цікавіша – це теорії змов. Згідно з цими частина вчених вважає, що ВІЛ/СНІД створений людиною вірус, який потрапив до організму людини або в результаті нещасного випадку або злого наміру. Серед таких нещасних випадків розглядаються теорії про заражені вакцини від поліомієліту та гепатиту В. Наприклад, кореспондент військово-повітряних сил США Едвард Хупер у своїй книзі «Ріка» висвітлив припущення про вакцинацію від поліомієліту. Він вважає, що ВІЛ-1 є мутантним штамом «мавп'ячого вірусу» SIV, який міг потрапити до вакцини від поліомієліту в результаті культивування останнього в культурах клітин нирок мавп. Цю експериментальну вакцину використовували в Конго для примусової вакцинації мільйонів місцевих мешканців. Цю теорію підтримують досить багато відомих учених, які навіть надають певні докази. Але ці докази неможливо ні підтвердити ні спростувати [10].

Доктор медицини Алан Кантвел у своїй книзі «ВІЛ/СНІД і лікарі смерті: Дослідження походження епідемії ВІЛ/СНІД і Блакитна кров: секретний план геноциду ВІЛ/СНІД» стверджує, що ВІЛ був генетично модифікований чи створений ученими США і потрапив до людини при дослідженні вакцини від гепатиту В. Уперше цю вакцину застосовували для вакцинації бі- і гомосексуальних чоловіків у великих містах США в 1978-81 роках. Найбільше правдоподібність цієї теорії змови зростає після висловлювань відомих вчених – лауреат Нобелівської премії миру Вангарі Маатаї, начебто, в одній зі своїх промов сказав, що ВІЛ/СНІД – це біологічна зброя, яку розробили вчені розвинутих країн з метою знищення чорної раси. Водночас, доктор Леонард Горовіц, вважає, що ВІЛ/СНІД – це біологічна зброя, яку використали для

контролю чисельності населення. Є також схожі теорії, згідно яких ВІЛ був створений у військових лабораторіях США і ним навмисно заразили американських солдатів, відправили їх в на Близький Схід та Африку – заражати мешканців мусульманських та африканських країн. Останнє мало б призвести до їх вимирання та занепаду. Також досить популярні останнім часом теорії заперечення існування ВІЛ/СНІД як такого. Вони базуються на тому, що деякі вчені говорять про відсутність залежності між інфікуванням ВІЛ/СНІД і пов'язаного з ним синдрому набутого імунodefіциту (ВІЛ/СНІД). Всі вони базуються на постулатах Роберта Коха про зв'язок між збудником хвороби і самою хворобою [52].

Проте реалії поширення ВІЛ/СНІД і число смертей від нього змушують вчених шукати реальні сліди вірусу в людській популяції і можливе його потрапляння в організм людини. Найдавніший зразок крові, в якому виявили вірус імунodefіциту людини, був узятий у Кіншасі (Конго, Африка) у 1959 році. Це підтверджує, що ВІЛ/СНІД – не такий вже новий вірус. Окрім чого, сучасні молекулярно-генетичні технології підтвердили вірогідність того, що ВІЛ перейшов до людини від мавп (очевидно, при контакті із зараженою кров'ю мавпи) у 1910-1930 роках. Вважають, що сама хвороба зародилася в Центральній Африці, звідки була перенесена на Гаїті, а згодом наприкінці 1960-их років у США.

Ця теорія знайшла своє відображення в книзі Девіда Кваменна «Як ВІЛ/СНІД з'явився з африканського лісу». Вчений висуває гіпотезу, що в тропічному лісі Африки один з мисливців був заражений вірусом імунodefіциту, подібним ВІЛ, від шимпанзе, якого він убив. Мисливець, імовірно, заразив інших статевим шляхом. Вірус почав поширюватися й досягнув Конго. А там його поширенню посприяло повторне використання багаторазових шприців для ін'єкцій у клініках. Після відмови Бельгії від Конго як колонії мешканці Гаїті, які працювали в Конго, привезли ВІЛ/СНІД додому. А далі в 1969 році він потрапив у США – чи з мігрантами чи кров'ю для переливання.

Останні дослідження вчених дозволили виявити, що схожий на ВІЛ/СНІД був виявлений у приматів виду шимпанзе звичайний (*Pan troglodytes*), які живуть на півдні Камеруну. Через двадцять п'ять років після виявлення першого випадку інфікування ВІЛ/СНІД учені остаточно підтвердили, що ВІЛ/СНІД насправді вперше з'явився в камерунських шимпанзе. Для цього їм потрібно було «прочесати» джунглі, зробити генетичний аналіз близько 1,3 тис. зразків матеріалу від цього виду приматів і розробити новітні методи дослідження, щоб генетично відстежити штам вірусу приматів у диких шимпанзе. При цьому вченим приходилося працювати таким чином, щоб не нанести шкоду цьому вимираючому виду [52].

Взимку 1980-1981 року до госпіталю Нью-Йоркського університету поступило декілька хворих з досі незнайомою формою злоякісної пухлини шкіри – саркоми Капоші, яка була відкрита ще в 1872 році Морітцем Капоші й названа його ім'ям [4]. В той час у США й країнах Західної Європи це захворювання зустрічалось досить рідко: всього 1–2 випадки на 10 мільйонів населення, переважно в чоловіків, старших 60 років [57]. Ця пухлина найчастіше розташовувалася на нозі: спочатку на шкірі з'являлися червоні вузлики з коричнюватим або синюватим відтінком, а згодом на їх місці розвивалися виразки [53]. Перебіг цієї хвороби майже завжди був доброякісним, тобто пухлина не давала метастазів і не вражала внутрішніх органів. Її тривалість складала від 1 до 8 років, вона добре піддавалася лікуванню традиційними протипухлинними лікарськими засобами й не призводила до смерті пацієнта [11; 57]. У даному випадку все було іншим: чоловіки, які поступили на лікування в Нью-Йоркський госпіталь, були молодими – близько 30 років. Саркома Капоші в них мала злоякісний перебіг: пухлини поширювалися по всьому тілу й виявлялися навіть на слизових оболонках, не піддавалися лікуванню, більшість цих пацієнтів загинула протягом 20 місяців [16; 53].

Навесні 1981 року в Лос-Анджелесі з'явилася ще одна категорія незвичайних хворих – зі злоякісною формою пневмоцистної пневмонії. Це

захворювання викликається мікроорганізмом, що відноситься до найпростіших (нині – до грибків), має назву *Pneumocystis carinii* і викликає запалення легень лише у осіб з пригніченою імунною системою: наприклад, у немовлят, що народилися з уродженим дефектом імунітету, або після радіаційного опромінення – випадкового чи після отримання променевої терапії, а також у онкологічних хворих і пацієнтів після трансплантації органів. Їм звичайно призначають спеціальні лікарські препарати, які перешкоджають росту пухлини чи відторгненню пересадженого органа через пригнічення імунної системи [53].

У даному випадку пневмоцистна пневмонія була зареєстрована у 5 молодих людей [57], що народилися з непошкодженою імунною системою й не одержували ані опромінення, ані якихось препаратів, здатних викликати імунодефіцит. У 3-х з них пневмоцистне запалення легень супроводжувалося грибковим захворюванням – кандидозом, а проведеним імунологічним дослідженням у цих пацієнтів виявлено різке зниження більшості кількісних і функціональних показників клітинного імунітету [53]. Оскільки основою раніше невідомого захворювання було різке ослаблення імунітету, цю нову форму гальмування роботи імунної системи стали позначати як синдром набутого імунодефіциту – ВІЛ/СНІД.

Влітку 1981 р. у Центр контролю за захворюваннями США (CDC – Center for Disease Control, Atlanta) надійшла інформація вже про 111 пацієнтів з подібним захворюванням. І всі ці випадки поєднувало те, що майже усі вони виникли у чоловіків молодого віку, майже половина їх загинула в самий найближчий час, і усі ці особи були гомосексуалістами.

Така висока смертність спонукала організувати обов'язковий облік, спостереження й вивчення усіх випадків нової хвороби. Тому саме літо 1981 року прийнято вважати початком глобальної епідемії СНІДу. Ретроспективний аналіз сироваток, що зберігалися в Національному Центрі контролю за інфекційними захворюваннями в США, показав, що перші випадки синдрому набутого імунодефіциту людини відносяться до 1950-х рр., і що захворювання виникло в Африці, а потім поширилося на території Європи й США [57].

Спочатку через нестандартну сексуальну орієнтацію хворих учені вирішили, що імунодефіцит у них викликається надмірним надходженням сперми, яка дійсно має здатність гальмувати імунну відповідь (це необхідно для того, щоб перебороти наявні природні бар'єри жіночого організму й забезпечити запліднення). І в спеціальній літературі того часу навіть з'явився термін – імунодефіцит гомосексуалістів, а поява випадків захворювання серед повій і хворих на венеричні захворювання, здавалося б тільки зміцнила ці позиції.

Однак дуже швидко з'ясувалося, що нова хвороба уражає й наркоманів, що вводять наркотики ін'єкційним шляхом, що дало привід католицької церкви назвати її "божою карою для всіх цих грішників". Але отут стало відомо, що ВІЛ/СНІД хворіють не тільки асоціальні елементи, але й пацієнти, які страждають на гемофілію й постійно отримують препарати крові. Деякі особи, яким переливали донорську кров, сексуальні партнери хворих на ВІЛ/СНІД, а також новонароджені, чії матері належать до цих груп населення також хворіли на ВІЛ/СНІД [53].

І тоді дослідники дійшли до висновку, що той чинник, який спричиняє розвиток СНІДу, є якимось невідомим науці інфекційним агентом, швидше за все, вірусом. Його пошук тривав майже 2 роки – до 1983 року, коли одночасно двома групами вчених – у Національному ННЦі раку в США, під керівництвом відомого імунолога й вірусолога Роберта Галло, і в інституті Пастера в Парижі, під керівництвом Люка Монтаньє, був відкритий вірус, відомий нині як збудник ВІЛ/СНІД (вірус імунодефіциту людини). Після відкриття основного вірусного ферменту – зворотної транскриптази, Р. Галло зі співробітниками знайшли активність цього ферменту в клітинах лейкемії людини. У непухлинних кровотворних клітинах, що активно розмножуються, подібної активності цього ферменту не було. Асоційований з пухлинними клітинами фермент – зворотну транскриптазу стали використовувати як діагностичну пробу на наявність ймовірних ретровірусів, проте пряме їх виділення не вдавалося доти, поки не були розроблені спеціальні методи довгострокового культивування лімфоцитів людини [57].

У 1982 році Р. Галло виділив другий ретровірус людини – HTLV-2, який також уражає лімфоцити й викликає в людей розвиток лейкозу іншого типу – волосистоклітинного. Саме в цей час у США розпочалася епідемія ВІЛ/СНІД. Після того, як стало відомо, що в захворілих на ВІЛ/СНІД різко виснажується популяція лімфоцитів, а зараження відбувається через кров, тобто так само, як при лейкозах, що спричиняються ретровірусами, Р. Галло проголосив ідею про те, що збудника ВІЛ/СНІД варто шукати саме серед ретровірусів. Його група започаткувала дослідження з виділення ймовірного збудника ВІЛ/СНІД [53].

У 1983 р. був виділений вірус, ідентифікований як новий ретровірус. Його назвали LAV (Lymphadenopathy-associated Virus), тобто, вірус асоційований з лімфаденопатією. Морфологічна подібність виявленого вірусу з відомим вірусом інфекційної анемії коней, що також відноситься до сімейства ретровірусів, спонукало авторів шукати подібність і функціональних властивостей нового вірусу, і в першу чергу була вивчено пряму його дію на клітини хазяїна, зокрема, на клітини імунної системи [12; 53].

Виявилося, що, розмножуючись в лімфоцитах людини, вірус, на відміну від відомих уже ретровірусів людини, не викликає їх злоякісного переродження, а пригнічує розмноження заражених клітин або вбиває їх. За допомогою специфічних антитіл проти ретровірусів HTLV-I й HTLV-II, що були люб'язно надані Р. Галло, в Інституті Пастера було показано, що віруси LAV не реагують з антитілами проти цих відомих вірусів [53]. В 1983 р. з'явилася перша публікація про виділення нового вірусу, асоційованого зі ВІЛ/СНІД. Однак для проведення більш докладних досліджень французьким ученим потрібна була більша кількість нового вірусу, але її поки не вдавалося одержати [57].

Тим часом група Р. Галло, користуючись розробленими нею методами, також виділила новий ретровірус – від хворих на ВІЛ/СНІД. Він одержав назву HTLV-III. Ученими зі США була створена особлива лінія Т-лімфоцитів, в яких цей вірус інтенсивно розмножувався, але Т-клітини при цьому не гинули [53]. На початку 1984 року американці також повідомили про відкритий ними вірус. І тоді ж було показано, що HTLV-3 і LAV – це той самий вірус. Тому його стали

позначати як HTLV-3/LAV. У 1986 році Комітет з таксономії й номенклатури вірусів запропонував дати збуднику ВІЛ/СНІД нову назву – HIV/ВІЛ (Human immunodeficiency virus – вірус імунодефіциту людини). Саме під цим ім'ям розпочалося завоювання цим мікроорганізмом усього світу [57].

Окрім цих теорій та досліджень стосовно походження ВІЛ/СНІД існують ще безліч інших – від досить фантастичних (позаземне походження) до більш реалістичних (зараження від тварин або ж мутації власне людських ретровірусів). Проте, до цього часу, вченим достеменно невідомо звідки серед людей з'явився вірус імунодефіциту і яке його походження. Але число його жертв щодня збільшується, у тому числі і в Україні, тому 1 грудня, і не тільки, слід пам'ятати про них і шукати шляхи подолання цієї жахливої недуги [52].

Дослідження впливу глобальних ініціатив в Україні зумовлена тим, що, незважаючи на ряд законодавчих, політичних, організаційних та адміністративних заходів, які були вжиті у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІД (включаючи створення Національної координаційної ради з протидії епідемії ВІЛ/СНІД та активність недержавних ВІЛ/СНІД організацій) фактично не відбулось ВІЛ/СНІД [58]. Проведені в Україні дослідження акцентують свою увагу на окремих аспектах епідемії і є досить розрізненими. Зокрема, за останні роки було проведено низку поведінкових досліджень, що дають уявлення про основні чинники передачі вірусу серед уразливих до ВІЛ/СНІД груп та оцінку чисельності цих груп. Кілька досліджень було зосереджено на житті ВІЛ/СНІД-позитивних людей, дотриманні їх прав на отримання допомоги, їх статусу в суспільстві і причин їх дискримінації, забезпеченості послугами ВІЛ/СНІД-інфікованих дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Сучасні дослідження від ВІЛ/СНІД поділяються на наступні:

1) Імунотерапія для боротьби з ВІЛ/СНІД.

Імунотерапія вже показала себе ефективною у лікуванні раку, і тепер дослідники зосереджують свої зусилля на адаптації цього підходу для боротьби з ВІЛ/СНІД. Один із перспективних напрямків це «активація імунної системи», щоб вона могла краще розпізнавати та знищувати клітини, заражені ВІЛ/СНІД.

Основні підходи: розробка антитіл, які специфічно атакують вірус або інфіковані клітини. Наприклад, експериментальні антитіла, що зв'язуються з поверхневими білками ВІЛ/СНІД, можуть запобігти проникненню вірусу в нові клітини. Одним із таких препаратів є ibalizumab, який діє на рецептори CD4-клітин, що дозволяє знизити вірусне навантаження. Дослідження у галузі CAR-T клітинної терапії (клітини, модифіковані для того, щоб атакувати ВІЛ/СНІД) також є перспективними. Цей метод використовує генетично модифіковані Т-клітини, які здатні розпізнавати і вбивати клітини, інфіковані ВІЛ/СНІД.

2) Лікування за допомогою CRISPR та генної терапії

Метод CRISPR – Cas9, відомий своїми досягненнями у генній інженерії, відкриває нові можливості для лікування ВІЛ/СНІД. CRISPR може допомогти «редагувати ДНК» і потенційно видаляти вірусні фрагменти з геному людини. Один із напрямків досліджень спрямований на те, щоб за допомогою CRISPR вирізати генетичний матеріал ВІЛ/СНІД із ДНК заражених клітин. Це може запобігти розмноженню вірусу і потенційно вилікувати хворобу. Інша стратегія полягає у зміні генетичного матеріалу клітин, щоб вони стали стійкими до ВІЛ/СНІД. Вчені експериментують з модифікацією рецепторів на клітинах CD4, щоб вірус не міг прикріплюватися і проникати всередину клітин. Хоча цей метод знаходиться на ранніх етапах тестування, він відкриває шлях до потенційного генетичного вилікування ВІЛ/СНІД.

3) Вакцини проти ВІЛ/СНІД.

Розробка ефективної вакцини залишається одним із ключових напрямків боротьби з ВІЛ/СНІД. Хоча кілька вакцинних досліджень не досягли успіху на фінальних етапах, сучасні технології продовжують просувати цей напрямок. Новітні підходи до вакцинації: mRNA-вакцини. Успіх мРНК-вакцин проти COVID-19 відкрив можливість для їхнього використання у боротьбі з ВІЛ/СНІД. Вакцини на основі мРНК стимулюють імунну систему до вироблення антитіл, які можуть атакувати білки ВІЛ/СНІД. Дослідження цих вакцин знаходяться на етапі клінічних випробувань. Мозаїчні вакцини. Однією з перспективних розробок є мозаїчні вакцини, які стимулюють імунну відповідь

на кілька штамів ВІЛ/СНІД одночасно. Вони містять генетичний матеріал від різних варіантів ВІЛ/СНІД і таким чином можуть забезпечити ширший захист.

4) Ліки тривалої дії.

Ще один напрямок у лікуванні ВІЛ/СНІД – це ліки тривалої дії, які дозволяють значно зменшити частоту прийому препаратів. Це особливо важливо для пацієнтів, яким важко дотримуватись щоденного графіку прийому ліків. Нові форми ліків: ін'єкційні препарати. Деякі ліки проти ВІЛ/СНІД зараз розробляються у вигляді ін'єкцій, які можна робити раз на кілька місяців. Наприклад, препарат Cabotegravir – ін'єкція, яка забезпечує антиретровірусний захист протягом восьми тижнів; імпланти з ліками. Інший напрямок полягає в розробці імплантів, які повільно вивільняють активні компоненти ліків протягом кількох місяців. Такі імпланти допомагають підтримувати стабільний рівень ліків в організмі без необхідності регулярного прийому таблеток.

5) Стратегія «удар і вбий» (shock and kill).

Ця стратегія базується на активації сплячих клітин, заражених ВІЛ/СНІД, що дозволить їх знищити за допомогою антиретровірусної терапії або імунної системи. Сплячі клітини, які містять вірус, не реагують на традиційні ліки, тому стратегія «удар і вбий» передбачає активацію цих клітин, щоб ВІЛ почав реплікуватися; після активації інфіковані клітини стають видимими для імунної системи або піддаються дії антиретровірусних препаратів, які знищують вірус.

Ця стратегія тестується у лабораторіях і може стати проривом у лікуванні, дозволяючи повністю очистити організм від вірусу.

6) Використання мікро-обміну.

Дослідники також вивчають вплив мікро-обміну (сукупності мікроорганізмів в організмі людини) на перебіг ВІЛ/СНІД. Деякі дослідження вказують на те, що зміна складу кишкової мікрофлори може впливати на ефективність лікування та стан імунної системи у пацієнтів з ВІЛ/СНІД.

Вчені досліджують можливість корекції мікрофлори кишечника через пробіотики або інші методи, щоб покращити імунну відповідь і зменшити запалення у пацієнтів із ВІЛ/СНІД.

Отож, наукові дослідження продовжують відкривати нові шляхи для боротьби з ВІЛ, що дає надію на ефективне лікування або навіть вилікування цієї хвороби у майбутньому. Генна терапія, вакцини нового покоління, імунотерапія та ліки тривалої дії – це лише частина інновацій, які зараз проходять клінічні випробування. Попри те, що повне вилікування поки залишається метою майбутнього, поточний прогрес вже суттєво покращує якість життя людей із ВІЛ та знижує поширення вірусу [55]. Але всі ці дослідження не дають структурованої картини глобальних ініціатив у сфері охорони здоров'я та їх впливу на доступність послуг для ВІЛ-позитивних людей і припинення поширення епідемії ВІЛ в Україні [21; 58].

Крім того, 24 лютого 2022 року життя нашої країни змінилося назавжди. Страх, біль, невизначеність та паніка швидко перейшли в ясну віру, впевненість, цілеспрямованість та лють – надію в перемогу та лють до ворога. Але це не одразу. Безжальний шквал вогню ворога водночас залишив сотні тисяч людей без домівок, медичної допомоги та елементарних засобів існування, а мільйони мирних людей почали свій довгий та небезпечний шлях до порятунку [51]. Війна призвела до гуманітарної кризи, завдавши значної шкоди інфраструктурі охорони здоров'я в Україні, та масштабних перебоїв у наданні соціальних та медичних послуг [64]. В той час як катастрофічно зростали гуманітарні потреби внаслідок масових внутрішніх переміщень і потоків біженців. Станом на 31 січня 2023 року було зареєстровано понад 8 мільйонів біженців з України по всій Європі, ще близько 5,4 мільйона людей були внутрішньо переміщені. У результаті постійних обстрілів, загрози окупації та руйнувань, спричинених війною, в деяких регіонах закрились, або тимчасово призупинили свою роботу значна кількість закладів охорони здоров'я, частину з яких було пошкоджено або знищено. Зокрема і тих закладів, які забезпечували надання антиретровірусної терапії та життєво необхідної інформації для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД [52].

До проблем з безпекою додалися труднощі із постачанням необхідних медичних матеріалів, що негативно вплинуло на роботу лабораторій та

спричинило обмеження діагностичних послуг [64]. Як наслідок – значно підвищилось навантаження на систему протидії ВІЛ/СНІД інфекції у регіонах, до яких почалось масове переміщення тисяч людей у пошуку захисту та отримання медичних послуг [51]. Через терористичні дії окупантів не відбулася запланована поставка антиретровірусних препаратів, яка була запланована на лютий 2022 року. Значно ускладнилась логістика тих препаратів, які ще залишились, у регіони, де велись активні бойові дії. Це спричинило складнощі у своєчасному поповненню ліків та загрожувало перериванням лікування для 130000 пацієнтів [64].

1.2 Забезпечення державної політики протидії ВІЛ/СНІД

Інституціональне та інституційне забезпечення державної політики протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу в Україні складається з комплексу нормативно-правових актів (інституціональне забезпечення) та системи органів влади, установ і організацій (інституційне забезпечення), що реалізують цю політику.

I. Інституційне (нормативно-правове) забезпечення.

Правову основу державної політики у цій сфері становлять:

1. Закон України "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ/СНІД), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ/СНІД" від 12 грудня 1991 року (зі змінами).

2. Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ/СНІД, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1415-р.

3. Операційні плани заходів з реалізації зазначеної Стратегії на певні періоди (на 2024-2026 роки), які затверджуються Кабінетом Міністрів України.

4. Накази МОЗ, що затверджують клінічні протоколи, стандарти медичної допомоги (наприклад, новий Стандарт медичної допомоги "ВІЛ/СНІД" від 3 червня 2025 року), порядок тестування та профілактичні заходи [2].

5. Інші нормативно-правові акти, що регулюють окремі аспекти профілактики, лікування, догляду та підтримки ЛЖВ (людей, які живуть з ВІЛ/СНІД).

Реалізацію державної політики забезпечує розгалужена мережа інституцій:

1. Кабінет Міністрів України – забезпечує розробку та виконання загальнодержавних програм, координує діяльність центральних органів виконавчої влади [4].

2. Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) – головний орган, відповідальний за формування та реалізацію політики у сфері охорони здоров'я, включаючи протидію ВІЛ/СНІД [20].

3. Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) МОЗ – ключова установа, яка займається питаннями епідеміологічного нагляду, профілактики, моніторингу та оцінки програм протидії ВІЛ/СНІД [13].

4. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) – відповідає за фінансування медичних послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІД (лікування, тестування, замісна підтримувальна терапія) через програму медичних гарантій.

5. Міністерство соціальної політики України, Національна соціальна сервісна служба України (Нацсоцслужба) – залучені до соціального захисту та підтримки ЛЖВ, зокрема дітей.

6. Міністерство внутрішніх справ, Міністерство оборони та інші відомства беруть участь у забезпеченні доступу до профілактики та лікування серед своїх контингентів (військовослужбовці, особи в місцях позбавлення волі).

7. Місцеві державні адміністрації (обласні, Київська та Севастопольська міські, військові адміністрації) – відповідають за реалізацію політики на регіональному рівні.

8. Міжнародні партнери та донори (наприклад, Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, ЮНЕЙДС, ВООЗ) відіграють значну роль у фінансуванні та експертній підтримці заходів в Україні.

9. Міжнародні та громадські організації:

10. Громадські та благодійні організації (наприклад, МБФ "Альянс громадського здоров'я", "Пацієнти України", "Позитивні жінки") – є важливими партнерами у наданні послуг, адвокації прав ЛЖВ та реалізації програм профілактики серед ключових груп населення.

Таким чином, ефективна протидія епідемії ВІЛ/СНІД в Україні забезпечується через взаємодію цих інститутів на основі чітко визначеної нормативно-правової бази [5].

З метою оцінювання вжитих заходів протидії ВІЛ/СНІД на глобальному і національному рівні, використовуються індикатори, які інтегровані Україною в процес моніторингу для вимірювання досягнутого прогресу у виконанні національних цільових показників, пов'язаних із ВІЛ/СНІД та Цілей у сфері сталого розвитку. Уніфікований підхід за методологією UNAIDS сприяє поглибленому розумінню глобальних заходів у відповідь для протидії ВІЛ/СНІД – зокрема, досягнутого прогресу у виконанні зобов'язань і глобальних цілей, поставлених у новій Політичній декларації з ВІЛ/СНІД «Політична декларація з ВІЛ/СНІД: викорінення нерівності та становлення на шлях, що дозволяє викорінити СНІД до 2030 року», яку було ухвалено Генеральної Асамблеєю ООН у червні 2021 року. Індикатори глобального моніторингу ВІЛ/СНІД (GAM) розроблені таким чином, щоб забезпечити на національному рівні збір і оптимальне використання стандартизованих даних про епідемічну ситуацію з ВІЛ/СНІД – інфекції з урахування соціально-політичного контексту країни. ДУ «Центр громадського здоров'я України» щорічно із залученням ключових партнерів надає національний звіт в рамках виконання зобов'язань і глобальних цілей, в рамках Політичної декларації з ВІЛ/СНІД [19; 51]. Звіт складається з надання даних за індикаторами, даних проміжного опитування за інструментом національних зобов'язань і політики (НОП), даних обстеження щодо лікарських засобів і діагностики у сфері протидії ВІЛ/СНІД (AIDS Medicines and Diagnostics Survey) та даних про виконання [51] Дублінської декларації про партнерство у боротьбі з ВІЛ/СНІД в Європі та Центральній Азії.

Національний звіт був представлений фахівцями ЦГЗ на Форумі зацікавлених сторін 30 березня 2023 року. Однією з найбільш дискусійних тем Форуму було подання даних про оцінку прогресу України у досягненні оновлених глобальних цілей «95-95-95». Базовим показником для представлення каскаду лікування ВІЛ-інфекції є оцінка чисельності ЛЖВ, яка щороку оновлюється за методологією ЮНЕЙДС з використанням програми моделювання Spectrum. Та цього року через певну обмеженість даних внаслідок масштабного російського вторгнення (насамперед для окупованих територій та районів, де тривають широкомасштабні бойові дії) на національному рівні було прийнято консенсусне рішення не використовувати оновлені оцінки кількості ЛЖВ і тягаря епідемії[14]. Якщо опиратися на результати попереднього раунду оцінок, то до початку широкомасштабної російської агресії епідемія ВІЛ-інфекції в Україні оцінювалася як друга за масштабами в Східній Європі та Центральній Азії: на початок 2022 року чисельність ЛЖВ оцінювалася в 245000 осіб з рівнем поширеності серед дорослого населення (віком 15-49 років) у 0,9 %. На територіях, підконтрольних уряду України станом на 24 лютого 2022 року, оціночна кількість ЛЖВ становила близько 200 000 осіб [51].

Механізми публічного управління протидією ВІЛ/СНІД в Україні включають державну політику та стратегії, фінансування, координацію між органами влади (МОЗ, місцеве самоврядування) та громадськістю, створення нормативно-правової бази (накази МОЗ) та впровадження профілактичних програм (доконтактна/постконтактна профілактика, безпека ін'єкцій), спрямовані на зменшення нерівності, забезпечення прав пацієнтів та децентралізоване управління для ефективнішої протидії епідемії, особливо в умовах криз (COVID–19) [6]. Основні складові механізму:

1. Нормативно-правове забезпечення:

- 1.1 Розробка та впровадження законодавства і стандартів (накази МОЗ щодо профілактики та лікування ВІЛ/СНІД).

- 1.2 Забезпечення верховенства права, законності та належного врядування.

2. Державне та місцеве управління:

2.1 Створення та функціонування системи органів управління (державні та місцеві).

2.2 Децентралізація управління, надання більшої автономії закладам охорони здоров'я [1].

2.3 Взаємодія між центральними та місцевими органами влади.

3. Міжсекторальна координація:

3.1 Координація зусиль уряду, медичних закладів, громадських організацій та міжнародних партнерів (ООН).

3.2 Залучення громадськості до розробки та реалізації програм.

4. Фінансування та ресурси:

4.1 Забезпечення фінансової підтримки програм профілактики та лікування.

4.2 Оптимальне використання ресурсів та ефективне адміністрування ліків та послуг.

5. Профілактичні та лікувальні програми:

5.1 Реалізація програм доконтактної (PrEP) та постконтактної (PEP) медикаментозної профілактики.

5.2 Забезпечення безпеки ін'єкцій (стерильні шприци).

5.3 Поширення інформації про шляхи передачі та методи захисту.

6. Підвищення ефективності:

6.1 Автономізація закладів охорони здоров'я та прийняття рішень на місцях.

6.2 Боротьба з нерівністю та соціально-економічними кризами, що впливають на епідемію.

Механізмами державно-громадської взаємодії в сфері протидії ВІЛ/СНІД є механізми формування та реалізації державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІД, систему політичних, економічних, соціальних, організаційних і правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління та інституцій громадянського суспільства в організації відповіді на епідемію

ВІЛ/СНІД [9; 34]. Як засвідчив аналіз зарубіжного досвіду боротьби з поширенням ВІЛ/СНІД, необхідною умовою досягнення позитивних результатів у даній сфері є державно-громадське співробітництво. Стабільність у протидії епідемії неможливо забезпечити за рахунок реалізації одного втручання або заходу в рамках одного відомства або сектора. Щоб розширити охоплення послугами та зробити їх комплексними, послуги з профілактики необхідно інтегрувати з лікуванням, доглядом та підтримкою. Вони мають доповнювати один одного з метою задоволення різних потреб клієнтів [17; 34].

Дослідивши закордонний досвід, ми дійшли висновку, що співпраця державних органів із громадськими організаціями доводить свою високу ефективність на практиці. Саме завдяки використанню співпраці держави та громадськості у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД можна суттєво стабілізувати епідемію цієї захворюваності та знизити темпи приросту як захворюваності, так і рівня смертності.

Саме тому формування інтегрованої системи взаємодії держави та громадськості має стати однією з найважливіших цілей державної влади у сфері боротьби з ВІЛ/СНІД в Україні. Очікуваним результатом такої взаємодії буде покращення епідемічної ситуації та посилення державного і громадського контролю у даній сфері [23].

Аналіз світового досвіду доводить, що для підвищення ефективності співпраці державних органів та інституцій громадянського суспільства у боротьбі з ВІЛ/СНІД необхідно дотримуватися таких принципів:

- партнерства (усі залучені до реалізації програм повинні мати спільні цілі, вагомі мотиви до дій, засоби для роботи, які не суперечать інтересам партнерів і одночасно підсилюють їхні можливості виконувати основні функції);
- багаторівневості (до участі в реалізації програм залучаються представники всіх рівнів – центральні, регіональні, місцеві);
- міжгалузевості (максимально ефективною робота може бути за умови спільних зусиль різних галузей).

Недотримання зазначених принципів призводить до того, що плани та діяльність різних секторів можуть дублювати одне одного та матимуть незначний вплив на епідемію. У галузі протидії ВІЛ/СНІД зараз працює велика кількість організацій. Ефективним інструментом запобігання такого дублювання є встановлення якісних партнерських відносин. Тому, незважаючи на певні досягнення, національна протидія ВІЛ/СНІД потребує значного посилення та координації. Уряд України має здійснити широкомасштабні зміни у національних системах планування, фінансування, менеджменту та координації з метою реалізації ефективних національних заходів із протидії ВІЛ/СНІД [25; 34].

Механізми публічного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІД в Україні включають використання нормативно-правової бази, державних цільових програм, міжвідомчої координації, фінансування, а також співпраці з громадськістю та міжнародними партнерами.

1. Стратегічне планування та програмний підхід:

1.1 Розробка та реалізація Державної стратегії протидії ВІЛ/СНІД, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

1.2 Затвердження планів заходів з реалізації цієї Стратегії на загальнодержавному та регіональному рівнях (Операційний план заходів на 2024–2026 роки).

1.3 Реалізація цільових соціальних програм, які передбачають створення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ/СНІД.

2. Структура та координація:

2.1 МОЗ – головний орган у формуванні політики.

2.2 Державна установа «Центр громадського здоров'я МОЗ України» – відповідає за впровадження програм, моніторинг епідемії та роботу зі стратегічною інформацією.

2.3 Координаційна рада при Президентові або Кабінеті Міністрів України з питань протидії ВІЛ/СНІД.

2.4 Децентралізований підхід до управління, що передбачає залучення обласних державних адміністрацій та місцевих органів влади до виконання регіональних програм.

3. Партнерство та співпраця:

3.1 Державно-громадське співробітництво: тісна взаємодія з громадськими організаціями («Альянс громадського здоров'я», «Пацієнти України» тощо).

3.2 Міжнародна допомога: співпраця з міжнародними донорами та програмами, такими як PEPFAR (Надзвичайна ініціатива Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД), CDC, UNAIDS, що забезпечує значну фінансову та технічну підтримку, зокрема для закупівель антиретровірусної терапії та інноваційних методів профілактики [18].

4. Фінансування:

4.1 Забезпечення фінансування заходів через державний та місцеві бюджети, а також кошти міжнародних донорів. Ці механізми спрямовані на досягнення глобальних цілей (таких як стратегія «95-95-95» до 2030 року), що передбачають максимальне охоплення тестуванням, лікуванням і профілактичними послугами.

РОЗДІЛ 2

ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІД

2.1 Вплив медичної реформи на розвиток протидії ВІЛ-інфекції та СНІДУ в Україні

Медична реформа в Україні позитивно вплинула на протидію ВІЛ, інтегруючи послуги в загальну систему охорони здоров'я, впроваджуючи нові стандарти лікування, розширюючи доступ до АРТ (антиретровірусної терапії) та тестування, і зміцнюючи партнерство з громадськістю та міжнародними донорами, що сприяє досягненню цілей з контролю над епідемією, незважаючи на виклики, спричинені війною. Реформа переорієнтувала підхід на громадське здоров'я, де ключову роль відіграють безкоштовні послуги, зниження стигми та цифровізація, забезпечуючи безперервність лікування та виявлення нових випадків [26].

Основні напрямки впливу реформи:

1. Інтеграція послуг: ВІЛ-послуги стали частиною системи гарантованих державою медичних послуг, що спростило доступ для пацієнтів.

2. Нові стандарти: Впровадження сучасних клінічних протоколів лікування, як-от новий Наказ МОЗ №916 (2025).

3. Розширення доступу: Забезпечення безкоштовного лікування та тестування, залучення приватного сектору.

4. Цифровізація: Впровадження цифрових рішень для управління системою та моніторингу лікування.

5. Подолання стигми: Активна робота з громадами для зниження дискримінації. Ключові досягнення та виклики: Успішна система: Україна створила успішну систему послуг на основі громадського здоров'я, що відзначено на міжнародному рівні. Міжсекторальне партнерство: Держава, донори (USAID) та громадські організації тісно співпрацюють.

6. Виклики війни: Війна спричинила логістичні проблеми, переміщення ВПО та знищення інфраструктури, але система намагається адаптуватися, як інформує Центр громадського здоров'я України.

Центром громадського здоров'я МОЗ було терміново вжито цілу низку заходів, спрямованих на недопущення будь-якою ціною переривання лікування людей, які живуть з ВІЛ– від перемовин з міжнародними донорами до змін у підходах щодо лікування та швидкого перерозподілу ліків з урахуванням нагальних потреб внутрішньо переміщених осіб [28]. Аби кожен українець та українка могли цілодобово отримувати медичну консультацію з питань ВІЛ/СНІД, було створено онлайн-портал help24.org.ua, який діє за принципом телемедицини і де цілодобово можна отримати юридичну та психологічну підтримку, а також дізнатись усе необхідне для профілактики, діагностики та лікування ВІЛ/СНІД. Швидко були оптимізовані протоколи лікування, було вжито заходів з інформаційної підтримки військових та біженців. Для спрощення тестування на ВІЛ/СНІД було розроблено Telegram–бот «ТЕСТ поруч» [51]. В Україні проблема поширення ВІЛ/СНІД стала предметом політичного порядку денного на початку 1990-х років. 1991 р. було ухвалено Закон України “Про запобігання захворюванню на ВІЛ/СНІД та соціальний захист населення”, який став першим політичним документом про участь держави у вирішенні проблем, пов'язаних з поширенням ВІЛ/СНІД [63]. В Україні, починаючи з 1992 року, було прийнято п'ять національних програм, кожна з яких зробила певний внесок у справу попередження інфікування ВІЛ/СНІД або, принаймні, в підтримання уваги до проблеми епідемії[8]

Перша національна програма профілактики ВІЛ/СНІД (1992–1994рр.) була спрямована, насамперед, на вжиття заходів для запобігання передачі ВІЛ через використання донорської крові.

Друга програма (1995–1997рр.) продовжувала цей напрям, до того ж в її межах були передбачені наукові дослідження ВІЛ/СНІД, створення мережі спеціалізованих закладів для хворих на ВІЛ/СНІД. Однак, ані перша, ані друга програми не передбачили превентивних заходів із запобігання передачі

ВІЛ/СНІД серед споживачів ін'єкційних наркотиків, рівень їх фінансування не відповідав потребам країни. Ці програми не змогли зупинити поширення ВІЛ, а уряду не вдалося привернути увагу громадськості до боротьби з епідемією [62].

Третя програма (1999–2000 рр.) передбачала новий підхід до розв'язання проблеми поширення ВІЛ/СНІД в Україні. У березні 1998 р. Верховна Рада України ухвалила зміни до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (ВІЛ/СНІД) та соціальний захист населення», в якому передбачені обов'язки уряду та гарантії населенню, що відповідали міжнародним стандартам, а саме: забезпечення громадськості інформацією, пропагування здорового способу життя, підвищення безпеки послуг у сфері охорони здоров'я [29; 62]. Були чіткіше визначені процедури тестування та конфіденційності. Відповідно до цієї програми в цей період зусилля уряду були направлені на зменшення поширення епідемії серед груп ризику, але його діяльність не стосувалася залучення громадян до вирішення цієї проблеми й знову ж таки відбувались в умовах обмеженого фінансування. У 2001 р. був затверджений

Четвертий національний план на 2001–2003 рр., у якому на перше місце вже ставилося інформування широкої громадськості й було передбачено активне залучення до протидії епідемії національних та міжнародних організацій.

Протягом року Президент України Л. Кучма видав три накази: про негайні заходи щодо запобігання ВІЛ/СНІД”, „Про проголошення 2002 року Роком боротьби зі ВІЛ/СНІД в Україні”, „Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ/СНІД в Україні”. Було створено Комісію з питань боротьби з ВІЛ/СНІД, яка є автономним органом, підзвітним Кабінету Міністрів України [62]. Жодна із чотирьох перелічених національних програм не містила аналізу здобутків і труднощів реалізації попередньої (у кращих традиціях української політики, в якій немає практики аналізу ефективності державної політики) [58].

У 2004 р. прийнято П'яту програму, спрямовану на запобігання поширенню ВІЛ/СНІД на 2004–2008 рр., в якій визначено два стратегічних

напрями у сфері протидії ВІЛ/СНІД: 1) запобігання ВІЛ/СНІД, що є профілактичним компонентом; 2) забезпечення лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (компонент догляд та підтримка). Окремими пунктами гарантувалося здійснення заходів, спрямованих на зміну ризикованої поведінки щодо ВІЛ/СНІД поведінки різних груп населення, особливо молоді у віці 15–24 роки, зниження рівня поширення ВІЛ/СНІД серед уразливих груп, зниження рівня передачі ВІЛ/СНІД від матері до дитини тощо[32]

Пріоритети, зміст і структура чергової національної програми залишилися подібними до попередніх програм, хоча попередні заходи не зупинили поширення ВІЛ/СНІД. На виконання цієї програми розроблено місцеві програми протидії епідемії ВІЛ/СНІД у всіх містах України. Проведений аналіз програм Києва, Одеси та Львова дає підстави стверджувати, що вони значною мірою копіюють національну без врахування регіональних особливостей і не завжди містять показники виконання тієї чи іншої політики, почасти відзначаються формальністю [31].

Слід зауважити, що Президент України, Верховна Рада, Кабінет Міністрів України за своїми повноваженнями та деклараціями про наміри демонструють позитивну зацікавленість у протидії епідемії ВІЛ/СНІД [63]. Ці структури мають достатньо сил для здійснення адекватних заходів. У їх інтересах забезпечити, аби населення почувалося захищеним від ризиків ВІЛ/СНІД. З іншого боку, пануюче у суспільстві негативне ставлення до споживачів ін'єкційних наркотиків та жінок секс-бізнесу, що становлять вразливі до ВІЛ/СНІД групи, обмежує активну діяльність із протидії епідемії, оскільки вона може позначитися на електоральних симпатіях виборців, що не належать до маргінальних груп [58]. Ще у 2001 році Україна в особі президента Леоніда Кучми була однією з країн, які ініціювали Спеціальну Сесію Генеральної Асамблеї ООН з ВІЛ/СНІД (UNGASS). Однак, до останнього часу – попри всі декларації – реальні дії, включно із виділення фінансування на протидію епідемії, були досить скромними. В Україні до останнього часу ВІЛ/СНІД як суспільна проблема належала до виняткової компетенції МОЗ і його структур. І

зараз у його структурі діють одразу три підрозділи, що мають відношення до питань ВІЛ/СНІД. Створені ще за радянських часів ВІЛ/СНІД-центри зосереджені винятково на медичних послугах. У МОЗ функціонує департамент державного санітарно-епідеміологічного нагляду, до завдань якого, зокрема, віднесено виявлення та контроль за усуненням причин і умов виникнення та поширення інфекційних захворювань [58].

В 2006 року Постановою Кабінету Міністрів України № 759 створено Комітет з питань протидії ВІЛ/СНІД та іншим соціально небезпечним хворобам як урядовий орган державного управління при Міністерстві охорони здоров'я, що обмежує його можливості впливати на інші відомства і втілювати міждисциплінарний, інтегрований підхід [33]. У той час, як засвідчують результати досліджень, система надання послуг охорони здоров'я виразно асоціюється з структурними неспроможностями системи медичної допомоги, відсутністю послідовної політики громадського здоров'я, браком навченого персоналу, широко розповсюдженою систематизацією вразливих до ВІЛ/СНІД людей.

Постанова Кабінету Міністрів України № 264 від 04.03.2004 року визначає, що до протидії епідемії ВІЛ/СНІД крім Міністерства охорони здоров'я та Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту мають також долучитися Міністерство освіти та науки, Міністерство фінансів, Міністерство економіки, Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Служба безпеки, Державний департамент з виконання покарань, Державний комітет телебачення та радіомовлення, Державний комітет у справах національності та релігій, Національна рада з питань телебачення та радіомовлення, а також за згодою – об'єднання громадян.

При розробці комп'ютерних програм системи моделей Spectrum використовувалися дані, надані спеціальної референт-групою, до якої входять експерти з цілого ряду інститутів і наукових областей з країн з різними рівнями поширеності ВІЛ/СНІД. Серед них – епідеміологи, клініцисти, фахівці в області демографії та моделювання. Функціональні характеристики і вихідні

припущення (гіпотези), що були застосовувані в процесі моделювання, засновані на рекомендаціях цієї референс-групи. Засідання референс-групи проводяться регулярно – не рідше одного разу на рік, а програмне забезпечення постійно допрацьовується з принциповим оновленням раз на два роки. Більш детальну інформацію про діяльність цієї референс-групи можна отримати на веб-сайті: www.epidem.org. Протягом 2020/21 років в Україні на національному рівні проведено низку зустрічей зацікавлених сторін, на яких було представлено та обговорено зміни, що вносились у поточну модель у порівнянні з попередніми, результати нового раунду національних оцінок щодо ВІЛ/СНІД в країні станом на початок 2021 року. Отримані результати було надано Секретаріату ЮНЕЙДС, ВООЗ та Робочій групі ЮНЕЙДС/ВООЗ з глобального нагляду за ВІЛ/СНІД та ПСШ для експертизи та підготовки чергової глобальної доповіді з ВІЛ/СНІД за 2020 рік, а також оновленого випуску AIDS-Info на сайті ЮНЕЙДС [65].

Ефективність медичної реформи базується на основі епідеміологічних даних, результатів тестування та інших досліджень для розуміння масштабів епідемії та планування профілактичних заходів. Що вони дають:

1. Розуміння масштабів проблеми: Оцінки показують, скільки людей в Україні є ВІЛ-позитивними, та як поширюється вірус.

2. Прогнозування: Дані допомагають прогнозувати подальший розвиток епідемії та її вплив на систему охорони здоров'я.

3. Планування заходів: Національні оцінки є основою для розробки ефективних програм профілактики, лікування та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД.

4. Моніторинг ефективності: Вони дозволяють відстежувати, наскільки успішно проводяться заходи боротьби з епідемією.

5. Як проводяться епідеміологічний нагляд: Збір та аналіз статистичних даних про випадки ВІЛ/СНІД.

6. Лабораторні дослідження: Тестування крові на наявність антитіл або антигенів ВІЛ для визначення статусу людей.

7. Аналіз даних: Статистична обробка отриманих даних для розрахунку показників поширення ВІЛ/СНІД.

Про затвердження Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» Відповідно до статті 14¹ Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», абзацу п'ятнадцятого підпункту 10 пункту 4, пункту 8 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 24 січня 2020 року № 90), пунктів 2.4 розділу II та 3.4 розділу III Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 [69].

Система публічного управління сферою охорони здоров'я є ієрархічною. Так, Верховною Радою України здійснюється законодавче врегулювання даного напрямку, так як вона безпосередньо не здійснює управління сферою медичного обслуговування населення, а лише впливає на зазначену сферу через реалізацію функцій держави. При Верховній Раді України функціонує Комітет з питань охорони здоров'я, який є її робочим органом з питань охорони здоров'я. Гарантом права громадян на охорону здоров'я, відповідно до Конституції України та Основ законодавства України про охорону здоров'я, є Президент України. Кабінет Міністрів України забезпечує реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій, координує роботу міністерств та інших центральних органів виконавчої влади, крім того, через МОЗ координує діяльність НСЗУ [59]. Рада громадського контролю забезпечує інтереси пацієнтів в рамках гарантованого державою пакета медичного обслуговування населення [39; 59]. Основним органом у системі центральних органів виконавчої влади, який забезпечує формування та реалізує державну політику у медичній сфері, є МОЗ, яке є провідним органом у системі центральних органів

виконавчої влади щодо забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, розвитку медичних послуг, гарантування епідемічного благополуччя населення, впровадження електронної системи охорони здоров'я, забезпечення якісними лікарськими засобами і виробами медичного призначення [4; 59].

До складу МОЗ входять органи державного управління (департаменти, управління, відділи, сектори), інші консультативні та дорадчі органи, які загалом складають систему управлінських органів і підрозділів. Наступним центральним органом виконавчої влади, який здійснює публічне управління у медичній сфері, є НСЗУ яка: узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до її компетенції [59]; готує пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правових актів міністерств і в установленому порядку виносить їх на розгляд Міністра МОЗ [34]; проводить аналіз і прогнозує потреби населення України у медичних послугах та лікарських засобах з метою розроблення проекту програми медичних гарантій; здійснює стратегічні закупівлі у частині щодо забезпечення медичних послуг і реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій; розробляє проекти програм медичних гарантій та проекти специфікацій і умов закупівлі медичних послуг за програмою медичних гарантій; вносить пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів; визначає референтні заклади охорони здоров'я, які визначені МОЗ як заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності; проводить аналіз витрат при розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій [59].

2.2 Оцінка чисельності груп високого ризику та інфікування ВІЛ/СНІД в Україні

Загальна методологія оцінки ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні базується на системі епідеміологічного нагляду та включає збір, аналіз і використання стратегічної інформації про поширення інфекції, групи ризику та ефективність заходів протидії. Ця методологія відповідає міжнародним рекомендаціям (ВООЗ/ЮНЕЙДС). Ключові компоненти методології:

1. Епідеміологічний нагляд і моніторинг:

1.1 Збір даних: Систематичний збір офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ/СНІД та смертей, пов'язаних зі ВІЛ/СНІД, через державну систему звітності (наприклад, форма №56).

1.2 Оцінка чисельності груп ризику: Проведення досліджень для визначення розміру та характеристик ключових груп населення, найбільш вразливих до інфікування (наприклад, люди, які вживають ін'єкційні наркотики, секс-працівники, чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками).

1.3 Моніторинг поведінкових факторів: Оцінка рівня ризикованої поведінки та охоплення профілактичними програмами серед різних груп населення.

1.4 Серологічний нагляд: Дослідження зразків крові для визначення рівня поширеності ВІЛ/СНІД серед різних контингентів (наприклад, вагітні жінки, донори крові).

2. Діагностика та тестування:

2.1 Застосування стандартизованих алгоритмів тестування, які включають три етапи для підтвердження ВІЛ-статусу: скринінговий, верифікаційний та ідентифікаційний етапи, часто з використанням швидких тестів (ШТ) та імуноферментного аналізу (ІФА).

2.2 Використання комбінованих методів діагностики для виявлення антитіл та антигену p24.

3. Аналіз та оцінка:

3.1 Національні оцінки ситуації: Регулярне проведення комплексних національних оцінок епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІД (наприклад, щорічні звіти Центру громадського здоров'я України).

3.2 Регіональний аналіз: Оцінка особливостей епідемії в різних регіонах України, оскільки епідемія має концентрований характер і відрізняється за домінуючими шляхами передачі (наприклад, висока захворюваність у південно-східних регіонах і Києві).

3.3 Прогнозування: Розробка прогнозів розвитку епідемії на основі зібраних даних.

4. Нормативно-правова база:

4.1 методологія регулюється відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я України та Загальнодержавними цільовими соціальними програмами протидії ВІЛ/СНІД [37]

Ця комплексна система дозволяє оцінювати ефективність існуючих програм профілактики, лікування та підтримки, а також адаптувати стратегії протидії епідемії відповідно до поточної ситуації та викликів (включаючи вплив воєнного стану та міграції населення). Розглянемо оцінку ситуації з питань поширення ВІЛ/СНІД на прикладі SWOT-аналізу.

SWOT-аналіз розвитку ВІЛ/СНІД в Україні показує сильні сторони (зростання охоплення лікуванням, зниження передачі від матері до дитини), слабкі сторони (недостатнє знання свого статусу, висока смертність від ВІЛ/СНІД, гендерний дисбаланс), можливості (національні стратегії тестування до 2030 р., міжнародна підтримка, розширення послуг, цифровізація) та загрози (війна, що порушує доступ до послуг, недостатнє фінансування, міграція, продовження статевого шляху передачі, стигма). Епідемія трансформується, стаючи менш гострою, але вимагає постійного впровадження профілактики та лікування, особливо серед ключових груп, незважаючи на виклики.

1. Сильні сторони (Strengths):

– Успіхи в лікуванні: Зростання охоплення антиретро-вірусною терапією (АРТ) та утримання на лікуванні.

– Зниження передачі від матері до дитини: Досягнуто значного прогресу завдяки програмам профілактики.

– Початок стабілізації: Перші ознаки стабілізації епідемії спостерігалися до пандемії COVID-19.

– Наявність стратегій: Розроблені та впроваджуються національні стратегії боротьби з ВІЛ/СНІД до 2030 року.

2. Слабкі сторони (Weaknesses):

– Невизначений статус: Лише третина людей з ВІЛ/СНІД знає про свій статус, що ускладнює контроль над поширенням.

– Висока смертність: Смертність від хвороб, пов'язаних зі ВІЛ/СНІД, залишається значною, незважаючи на прогрес.

– Переважання статевого шляху: Статевий шлях інфікування залишається домінуючим, особливо серед вперше виявлених випадків.

– Нерівномірність: Значні регіональні відмінності, високі показники на Південному Сході, низькі – на Заході.

3. Можливості (Opportunities)

– Глобальні цілі 90-90-90 та 95-95-95: Прагнення до досягнення цих цілей до 2030 року для припинення епідемії [35].

– Інноваційні підходи: Розвиток інформаційних систем для обліку та управління лікуванням, що покращить моніторинг.

– Розширення доступу: Запровадження нових моделей тестування та профілактики, інтеграція послуг.

– Міжнародна підтримка: Продовження фінансування та технічної допомоги від міжнародних партнерів (CDC, PEPFAR [9]).

4. Загрози (Threats)

– Вплив війни: Повномасштабна війна в Україні порушує доступ до медичних послуг, спричиняє міграцію та руйнує системи охорони здоров'я.

– Стигма та дискримінація: Перешкоджають зверненню за тестуванням та лікуванням, особливо для ключових груп.

– Обмежені ресурси: Недостатнє фінансування профілактичних програм у порівнянні з потребами.

– Нерівний доступ до послуг: Особливо в умовах війни, доступ до АРТ та профілактики ускладнений.

В Україні концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції зафіксована, починаючи з 1996 року. Враховуючи високі показники поширення ВІЛ серед вагітних в деяких регіонах ($> 1\%$) та результати біоповедінкових досліджень серед ключових груп населення (далі – КГ), відбулась регіоналізація епідемічного процесу на різних територіях країни – з перевагою концентрованої стадії у більшості регіонах та змішаним типом епідемії у декількох регіонах чи територіях. Внаслідок широкомасштабного вторгнення російської федерації на територію України у 2022 році почався відлік наступного етапу розвитку епідемічного процесу, який характеризується зниженням доступу до більшості профілактичних та медичних послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, насамперед для населення південно-східних регіонів України [36].

Комплексний негативний вплив всіх факторів матиме закономірні наслідки і поставить нові виклики системі охорони здоров'я, хоча ступінь негативних наслідків буде нерівномірною, враховуючи оперативні зміни ситуації в регіонах. Рівно як і відновлення забезпечення надання послуг (обсягу і переліку) населенню в контексті епідемії ВІЛ/СНІД матиме регіональні особливості, що залежатимуть від активності бойових дій, наслідків руйнації медичної інфраструктури, міграційних процесів.

Ключовим елементом процесу оцінки є визначення чисельності груп, обраних для аналізу та їхніх демографічних характеристик. Дослідження щодо оцінки чисельності груп, вразливих до інфікування ВІЛ/СНІД, проводились в Україні починаючи з 2002 року у партнерстві державного та неурядового сектору. Такі оцінки були розраховані базуючись на даних, отриманих в результаті проведення оцінки бази даних SYREX та офіційної статистики [61]. Останній раунд оцінок проводився у 2020 році Київським міжнародним інститутом соціології на замовлення МБФ «Альянс громадського здоров'я».

Проте на момент проведення оцінок ЛЖВ результати дослідження¹² не були опубліковані. Тому були використані результати попереднього раунду¹³. У звіті відсутні дані щодо оціночної чисельності ЛВІН в АР Крим, СП в Луганській області та м. Севастополь, ЧСЧ в Луганській області, оскільки на цих територіях серед зазначених КГ не проводились ІБПД. Тому з метою проведення оцінки чисельності ЛЖВ в Україні для вказаних регіонів і КГ були використані результати дослідження 2015 року. Таким чином, для мети моделювання у поточному раунді оцінок вважалося, що станом на початок 2021 року в Україні оціночна чисельність ЛВІН на рівні України становила 366 000 осіб, СП – 86 000 осіб, ЧСЧ – 179 000 осіб у віці 15-59 років [34; 54].

Оціночна Чисельність ВІЛ-позитивних людей в Україні На підставі вищезазначених даних, за результатами розрахунків програми Spectrum 6.06, що є системою моделювання політики, були отримані результати нової оцінки щодо ситуації з ВІЛ/СНІД в Україні, а також прогноз ситуації на період до кінця 2025 р. [38; 54]. Відповідно до рекомендацій 10 Робочої групи ВООЗ/ЮНЕЙДС з глобального нагляду за ВІЛ/СНІД та ПСШ щодо застосування Пакету програм для оцінок та прогнозування (далі – ПОП), були визначені наступні групи населення для розробки національних оцінок – ЛВІН, СП, ЧСЧ та загальне населення (чоловіки та жінки) [54]. З 2019 року чоловіки-клієнти СП не враховуються при проведенні оцінок у зв'язку з недостатньою кількістю даних. На відміну від версії програми Spectrum, що використовувалася у минулому раунді оцінок, версія Spectrum 6.06 має наступні особливості:

- оновлено файли EPP;
- виправлені помилки, що відбувались під час агрегації даних;
- внесені зміни до функції транспонування вхідних даних з чисел у відсотки;
- зміни у підрахунку передачі від матері до дитини;
- виправлена проблема зі збереженням користувацьких значень ASFR;
- внесені корекції у зв'язку з новим форматом імпорту даних;
- додана опція вибору UN Population для показника ASFR;

- виправлені проблеми із прогнозом на 2021 рік та статистичним редактором;

- виправлена помилка, під час якої вручну внесені дані щодо чисельності населення у перший рік прогнозу інколи замінювались на стандартні статистичні дані по країні;

Виправлена помилка із подвоєнням кількості дітей інфікованих у перинатальному періоді та під час грудного вигодовування, після того, як вони припинили АРТ. В залежності від формату введення даних щодо ІБПД та поширеності ВІЛ серед загального населення розрізняють три підходи до створення моделі епідемії в країнах.

Під час створення національних оцінок чисельності ЛЖВ зазвичай використовується три підходи до формування вхідних даних:

- створення єдиного національного файлу прогнозу без виокремлення субепідемій на рівні регіонів;

- створення одного файлу прогнозу, де регіони представлені у вигляді субепідемій;

- створення декількох регіональних файлів та подальше узагальнення отриманих для кожного з регіонів результатів моделювання у сторонньому програмному забезпеченні.

На відміну від усіх попередніх раундів оцінок, коли епідемія ВІЛ-інфекції була представлена в Spectrum у вигляді епідемій, у поточному році був використаний перший підхід, заснований на єдиному національному прогнозі, що дозволило підвищити його точність. Водночас даний підхід передбачає відсутність оціночної чисельності ЛЖВ в розрізі регіонів країни. Зважаючи на те, що наразі в кожній з областей є фахівці, які володіють програмним забезпеченням Spectrum передбачається, що саме вони будуть здійснювати моделювання для своїх регіонів. У поточному раунді оцінок регіональна чисельність ЛЖВ розрахована на підставі множення частки кожної області у кількості ВІЛ-позитивних осіб, які перебували під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я на кінець 2020 року, на розраховану для країни в

цілому чисельність ЛЖВ [54]. Основні параметри прогнозу наведені на рис. 3 і 4 та таблиці 1, загальна чисельність ЛЖВ, згідно отриманих результатів у прогнозованому періоді, очікується повільне зростання оціночної кількості ЛЖВ з 258 тис. на кінець 2020 р. до 267 тис. на кінець 2025 р.

ПОШИРЕНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У РЕГІОНАХ УКРАЇНИ



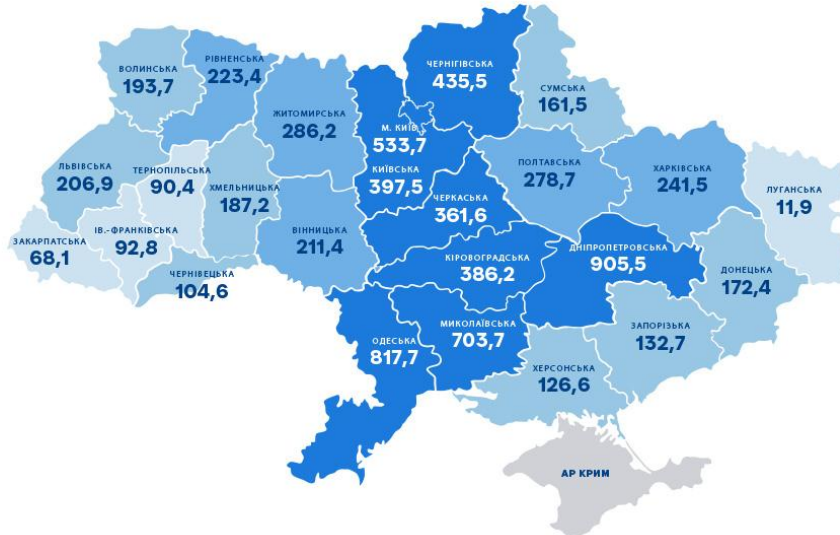
за даними медичного нагляду на 100 000 населення станом на 01.07.2025

ЗАГАЛОМ ПО УКРАЇНІ

326,8

НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ:

- > 300
- 200-300
- 100-200
- 0-100
- Дані відсутні



www.phc.org.ua

Рис. 2.3.1 – Поширеність ВІЛ – інфекції у регіонах України

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ У РЕГІОНАХ УКРАЇНИ



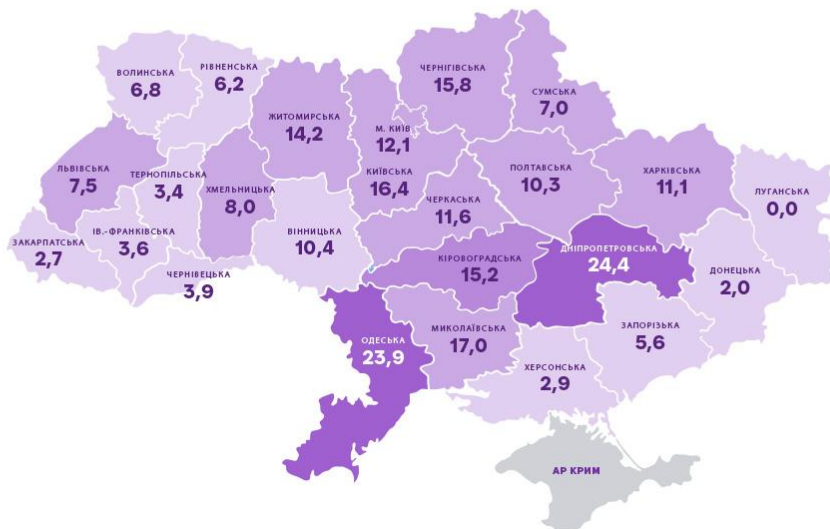
за оперативними даними на 100 000 населення станом на 01.07.2025

ЗАГАЛОМ ПО УКРАЇНІ

10,2

НА 100 000 НАСЕЛЕННЯ:

- > 40
- 30-40
- 20-30
- 10-20
- < 10
- Дані відсутні



www.phc.org.ua

Рис. 2.3.2 – Захворюваність ВІЛ-інфекції у регіонах України

Таблиця 2.3.3 – Оціночні показники з ВІЛ/СНІД в Україні до 2025 року

Показники	2022 р.	2023 р.	2024 р.	2025 р.
Всі вікові категорії, тис. осіб	247 (216-284)	248 (216-286)	250 (217-289)	252 (217-292)
Люди віком від 15 років, тис. осіб	245 (214-281)	246 (215-283)	248 (216-286)	250 (216-289)
Рівень поширеності ВІЛ, %	0,67	0,68	0,69	0,70
Нові випадки дорослих осіб, тис.	6,3 (4,6-9,1)	5,0 (3,8-7,0)	5,7 (4,2-8,0)	5,6 (4,2-8,0)
Кількість смертей від захворювань, зумовлених СНІДом, дорослі, тис. осіб	2,8 (2,0-3,6)	2,3 (1,7-3,0)	2,0 (1,5-2,7)	1,8 (1,3-2,4)

Станом на 01.07.2025 року у ЗОЗ під медичним наглядом перебувало 133990 людей, які живуть з ВІЛ, що становить 326,8 на 100 тис. населення. За даними офіційної реєстрації найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. населення зареєстрований, як і в попередній період, в Одеській (817,7), Дніпропетровській (905,5), Миколаївській (703,7) областях та у м. Київ (533,7). У порівнянні з першим півріччям 2024 року диспансерна група по Україні зменшилася на 14,4%, негативний приріст спостерігається в 20 областях: Одеській (Тпр-26,0%), Чернівецькій (Тпр-20,8%), м. Київ (Тпр-18,1%). В областях, які частково тимчасово окуповані, негативний приріст значно більше враховуючи, що розрахунок зроблено за даними Держстата на 01.01.2022: Луганська (Тпр-86,0 %), Херсонська (Тпр-67,5 %), Запорізька (Тпр-50,3 %), Донецька (Тпр-31,6 %). За даними СЕМ за перше півріччя 2025 року обсяги послуг з тестування на ВІЛ (далі – ПТВ) зменшилися з 1319103 до 1251316 (Тпр -5,1 %) порівняно з аналогічним періодом 2024 року, у т.ч. і за рахунок швидких тестів (по ШТ по країні Тпр -5,3 %). Кількість виявлених ВІЛ-позитивних осіб також знизилась (Тпр -22,3 %) [60]. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, національні оцінки та прогнози з поширення ВІЛ/СНІД є необхідним компонентом епіднагляду та складовою частиною глобальних оцінок, які забезпечують чітке розуміння впливу епідемії на населення та можливість вимірювати прогрес у заходах боротьби з епідемією [6].

Під час спалаху ВІЛ-інфекції серед ЛВІН висхідний експоненціальний тренд кількості ВІЛ-позитивних чоловіків тривав до 2006 р. включно. На етапі зміни провідних шляхів передачі цей ріст зупинився. За рахунок високої смертності серед чоловіків ЛВІН і зменшення кількості нових випадків захворювання серед представників цієї КГ між 2007 та 2013 роками на графіку сформувалось плато, після чого, формується початок нової «повільної» хвилі епідемії, пов'язаної зі статевою передачею вірусу. Кількість ВІЛ-позитивних жінок зростала спочатку експоненційно, синхронно з чоловіками за рахунок ЛВІН, потім вийшла на плато, що тривало з 2006 по 2013 роки, а з 2014 почала зростати з лінійною динамікою. У віковій структурі яскраво виділяються тренд до збільшення частки осіб віком 40 років і старше з 12-13 % на початку епідемії до 70 % у 2025 році [54]. Частка вікової групи 15–24 роки кардинально зменшилась з 35–38 % до 4 %. Найбільш стабільною протягом всієї епідемії залишається частка ВІЛ-позитивних осіб у віці 30–39 років – в середньому на рівні 34 % з тенденцією до зменшення у прогнозованому періоді.

Максимум захворюваності протягом епідемії змістився з вікової групи 20-24 роки на початку спалаху серед ВІЛ/СНІД до вікової групи 40–45 років у 2025 році. Найбільш ураженими до кінця прогнозованого періоду будуть вікові групи 30–59 років.[40] Розширення помаранчево-червоного спектру до 2025 року свідчить не лише про подовження тривалості життя ВІЛ-позитивних осіб, але й про виникнення нових випадків хвороби в більш старших вікових групах. Діти до 14 років досить активно були залучені до епід-процесу протягом 1997–2011 років. У подальшому, з 2004 року паралельно зі зростанням охоплення заходами з ППМД та АРТ, поширеність ВІЛ/СНІД серед дітей щороку знижується [61].

Станом на 01.07.2025 року зареєстровано 1408 випадків захворювання на СНІД (3,4 на 100 тис. населення), що на 11,3% менше захворюваності на СНІД за перше півріччя 2024 р. Суттєве зниження показника захворюваності на СНІД за даними офіційної реєстрації відбулось в 17 областях: Херсонській (Тпр - 66,7 %), Чернівецькій (Тпр -60,0 %) та Волинській (Тпр –56,3 %) областях.

Показник захворюваності на СНІД зріс у Закарпатській (Тпр +25,0 %), Чернігівській (Тпр +10,7 %) та Рівненській (Тпр +8,0 %) областях [60].

За 6 місяців 2025 року за даними звітних форм суттєвих змін у структурі причин смерті не відбулося: частка померлих від захворювань, які не пов'язані з ВІЛ/СНІД – 56,8 %, смертей, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ/СНІД – 31,6 %, причину смерті не встановлено у 11,6 % випадків. У статевовіковій структурі померлих переважають випадки серед чоловіків (66,6 %) та осіб віком 25–49 років (64,7 %). Більшість серед померлих осіб були інфіковані статевим шляхом (62,6 %). Серед усіх померлих ЛЖВ більшість отримували АРТ (92,6 %).

Зареєстровано 474 смерті зумовлених ВІЛ/СНІД з них 86,5 % осіб отримували АРТ. Показник смертності становить 1,1 на 100 тис. населення, що на 22,0 % менше показника за аналогічний період 2024 року (1,5 на 100 000). Найвищі рівні смертності зареєстровано у Одеській (3,8), Дніпропетровській (3,6), Миколаївській та Київській (1,9) областях.

Антиретровірусна терапія (далі – АРТ) яка є одним з вирішальних факторів впливу на зменшення ризику передачі вірусу та зниження захворюваності і смертності, пов'язаних з ВІЛ/СНІД серед людей, які живуть з ВІЛ/СНІД. Не дивлячись на існуючі виклики, реалізуються заходи з подальшого розширення АРТ та утримання на лікування тих, хто вже його отримує. Кількість людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, та отримують АРТ станом на 01.07.2025 року, за даними звітної форми № 56 становить 115663 осіб.

У зв'язку з воєнним станом, здійснюється моніторинг обліку внутрішньо переміщених осіб з ВІЛ/СНІД дітей у закладах охорони здоров'я, що здійснюють медичний нагляд за ЛЖВ (лист ЦГЗ від 24.03.2022). Згідно з оперативною інформацією станом на 01.07.2025 р., кількість осіб, які прибули з інших областей у зв'язку з воєнними діями та звернулися до закладів охорони здоров'я (не взято на облік), становила 280 осіб. Розподіл за статтю: чоловіки – 51,8 %, жінки – 48,2 %, з них 2 ВІЛ-позитивні вагітні. Більшість осіб належать до вікової групи 25–49 років (77,1%); осіб віком 18–24 років – 1,1 %; осіб віком 50+ років – 20,7 %, діти віком до 18 років – 1,1 %, з них 2 ВІЛ-експонованих

новонароджених. Найбільша кількість внутрішньо-переміщених осіб прибуло в інші регіони з Донецької (66,1%), Херсонської (13,2 %) та Луганської (12,5 %) областей [60].

У прогнозованому періоді на кінець 2025 р. очікується повільне зростання оціночної кількості ЛЖВ до 252 тис., що пов'язано насамперед зі збільшенням тривалості їх життя. Рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед дорослих віком від 15 років і старше становитиме 0,7 %. Відбуватимуться значні зміни у віковій структурі ЛЖВ, оскільки кожні 8–10 років медіана віку зсувається до більш старшої категорії – на початок 2022 р. практично половина всіх ЛЖВ були старшими за 40 років, а вже до кінця 2025 р. половина всіх ЛЖВ будуть старшими за 45 років. Кількість нових випадків ВІЛ-інфекції щорічно зменшуватиметься з перспективою 5600 випадків у 2025 р.

Отримані прогнозовані дані за версією 6.35 бета 2 програми Spectrum з поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу до 2030 року з урахуванням обмежень даних епіднагляду, демографічних змін та міграційних процесів під час війни. Очікується, що на кінець 2030 року в Україні оціночна кількість ЛЖВ становитиме 233 тис. осіб, нових випадків ВІЛ/СНІД – до 2,9 тис. осіб та смертей від ВІЛ/СНІД – до 2,1 тис. осіб. На підставі моделювання проведено аналіз динаміки показника епідеміологічного переходу «відносне зменшення нових випадків інфікування ВІЛ/СНІД», який свідчить, що Україна поки не досягає цілей стратегії Fast Track до 2030 року (рис.2.3.3), оскільки кількість нових випадків ВІЛ/СНІД зменшиться лише на 80% до 2030 року порівняно з базовим рівнем 2010 року (ціль – на 90%) (рис.2.3.3).

Найуспішнішою програмою профілактики ВІЛ-інфекції, у рамках якої вдалося суттєво попередити інфікування ВІЛ, є програма профілактики передачі ВІЛ/СНІД від матері до дитини. Згідно з даним моделюванням, за 20 останніх років вдалося попередити 14 800 випадків вертикальної передачі ВІЛ та, як наслідок, 9 000 смертей від ВІЛ/СНІД у дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками.

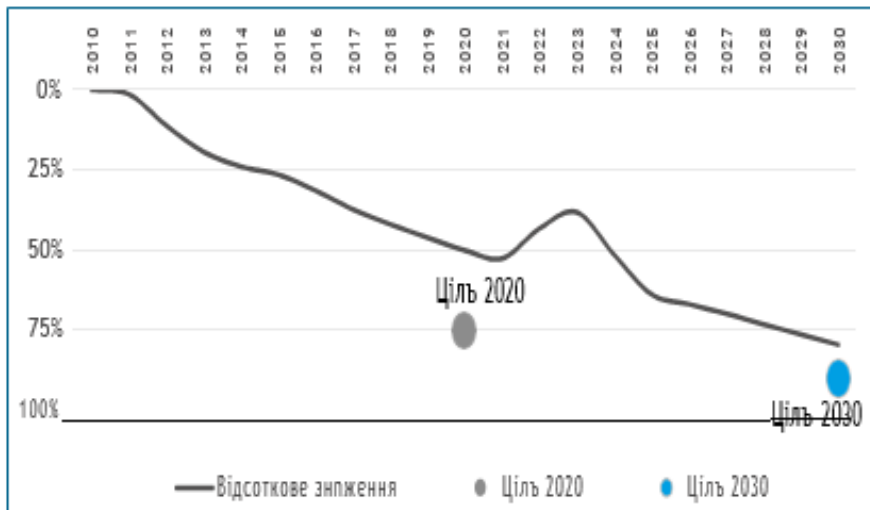


Рис. 4. Відносне зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції до 2030 року порівняно з 2010 роком, за даними комп'ютерної програми Spectrum (версія 6.35)

Рис. 2.3.3 – Ціль стратегії Fast Track до 2030 року

Результати моделювання підтверджують дані рутинного епіднагляду щодо зміни основних шляхів передачі – з парентерального, пов'язаного із вживанням наркотиків ін'єкційно, на статевий. Починаючи з 2013 р., сформувалися сталі тенденції щодо зростання частки ВІЛ-позитивних ЧСЧ та зменшення частки ВІЛ/СНІД. Оціночна кількість смертей від ВІЛ/СНІД динамічно знижувалася з 2010 р. і становила 2300 випадків у 2023 р. Прогнозується подальше зменшення кількості смертей до 1 800 випадків у 2025 р., що зумовлено розширенням доступу до АРТ в Україні. Проте оціночна чисельність ЛЖВ, охоплених АРТ, на початок 2022 р. становила тільки 62%, тобто відставання від досягнення цільових показників стратегії 95–95–95 в абсолютних числах склало 47 800 осіб.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ МЕХАНІЗМІВ ПРОТИДІЇ ПОШИРЕННЮ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ

3.1 Адаптація до умов України передового світового досвіду політики протидії ВІЛ/СНІД

Європейський центр профілактики та боротьби із захворюваннями (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) та Європейське регіональне бюро ВООЗ оприлюднили останні дані щодо епідемії ВІЛ в Європейському регіоні, приурочивши це до 30-ї річниці Всесвітнього дня боротьби зі ВІЛ/СНІД. Європейський комісар з питань охорони здоров'я та безпеки харчових продуктів Витяніс Андрюкайтис (Vytenis Andriukaitis) відмітив, що незважаючи на всі зусилля, ВІЛ/СНІД все ще шкодить життю людей та стає причиною не тільки багатьох страждань та хвороб, але також дискримінації та стигматизації [41; 56]. Останнім часом було досягнуто значного прогресу, але попереду ще багато роботи. Ми повинні скористатися всіма можливостями, а також посилено співпрацювати з нашими партнерами за кордоном, щоб досягти мети – а саме ліквідації ВІЛ – у Європі та у всьому світі – до 2030 р. Важливо, щоб наші служби охорони здоров'я продовжували забезпечувати доступність тестування та лікування груп ризику інфікування ВІЛ. Важливим сигналом є те, що в європейському регіоні зафіксовано зниження темпів зростання кількості нових випадків ВІЛ/СНІД, особливо тому, що таке зниження спостерігається і серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками. Протягом останнього десятиліття лише ця група демонструвала ріст захворюваності в Європейському регіоні. Є кілька причин, які можуть пояснити зниження захворюваності. Вони включають успішні програми, направлені на більш часте і цілеспрямоване тестування на ВІЛ, щоб сприяти ранній діагностиці. Це дозволяє швидко почати лікування з

призначенням антиретровірусної терапії для тих, чий тест виявився позитивним. Також були корисними ініціативи, націлені на розширення застосування профілактичних заходів [56].

Таким чином, зусилля, спрямовані на запобігання новим випадкам інфікування ВІЛ/СНІД, поступово дозволяють поліпшити ситуацію.

Зростання кількості нових випадків ВІЛ/СНІД продовжується у Європейському регіоні в цілому, але його темпи сповільнюються порівняно з попередніми роками. Однією з причин епідемії ВІЛ/СНІД в Європі є те, що пізня діагностика залишається проблемою в усьому регіоні. Кожна друга людина з діагнозом ВІЛ/СНІД вже має симптоми зараження.

У 2017 р. у східній частині Європейського регіону було зареєстровано понад 130 тис. нових випадків ВІЛ/СНІД. При цьому темп зростання захворюваності становить 68 % у 2008–2017 рр. порівняно з 95 % у 2007–2016 рр. Аналогічні показники в центральній частині Європейського регіону становлять 121 % порівняно з 142 % відповідно. У східній частині регіону в 59% випадків нових заражень ВІЛ повідомляється про гетеросексуальну передачу вірусу. Серед нових випадків зараження 70 % інфікованих – це чоловіки. У 2017 р. у понад 25 тис. людей було діагностовано ВІЛ/СНІД в 30 з 31 країни регіону. Таким чином, рівень захворюваності становить 6,2 на 100 тис. у 2017 р. порівняно з 6,9 на 100 тис. населення у 2008 р. Загальне зниження рівня захворюваності відбулося, в основному, завдяки 20 % скороченню кількості нових випадків зараження серед чоловіків, які мали статеві контакти з чоловіками в період з 2015 по 2017р., що залишається основним способом передачі ВІЛ/СНІД (у 2017 р. – 38 %). Було відмічено також зменшення кількості нових випадків зараження, пов'язаних з гетеросексуальною передачею, за участю людей з країн з генералізованою епідемією ВІЛ/СНІД. Незважаючи на цей помітний прогрес у зменшенні кількості нових діагнозів «ВІЛ/СНІД», загальні показники продовжують зростати приблизно в третині країн Європейського регіону. Кількість випадків ВІЛ/СНІД продовжувала зменшуватися в регіоні в цілому. У східній частині Європейського регіону

ситуація почала стабілізуватися, а кількість випадків ВІЛ/СНІД в період з 2012 по 2017 рр. зменшилася на 7 %. У Європейському регіоні 9 з 10 (89 %) діагнозів «ВІЛ/СНІД» в 2017 р. було встановлено протягом 90 днів після діагностики ВІЛ/СНІД, що свідчить про те, що більшість випадків ВІЛ/СНІД у цьому регіоні можна було б уникнути в разі ранньої діагностики [56].

За даними річного звіту «Епідагляд за ВІЛ/СНІД у Європі», найбільша поширеність ВІЛ/СНІД серед вагітних жінок була зафіксована в Естонії (0,48 %), далі йдуть Україна (0,34 %) та Ірландія (0,31 %). Ще у 20 країнах ці показники нижчі за 0,3 %, тоді як у 7 країнах (Болгарія, Чеська Республіка, Фінляндія, Литва, Сербія і Чорногорія, Словаччина та Словенія) рівень захворюваності був меншим ніж 0,03 %.

Політика щодо ВІЛ/СНІД у різних країнах варіюється: ООН та ЮНЕЙДС закликають до скасування дискримінаційних обмежень на пересування та проживання для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД (ЛЖВ), наголошуючи на їхній неефективності та стигматизуючому характері [42]:

1. Скасування обмежень: Багато країн, включаючи Білорусь, Литву, Південну Корею, Узбекистан та Нову Зеландію, зняли законодавчі обмеження для людей з ВІЛ щодо в'їзду, проживання та працевлаштування.

2. Продовження заборон: Деякі країни, наприклад, США та Китай, все ще мають обмеження на в'їзд для людей з позитивним ВІЛ-статусом, хоча ці обмеження часто називають дискримінаційними.

3. Зменшення дискримінації: Міжнародні організації, як ООН та ЮНЕЙДС, активно виступають за скасування будь-яких дискримінаційних законів, пов'язаних з ВІЛ, і підтримують їхнє право на свободу пересування.

4. Доступ до лікування: У країнах Європи, як-от Швеція та Іспанія, люди з ВІЛ можуть отримати безкоштовне лікування, що є важливим кроком у боротьбі з поширенням вірусу та поліпшенні якості життя.

5. Профілактика: Розробка та використання превентивних заходів, таких як ПрЕП (доконтактна профілактика), дозволяє запобігти зараженню,

знижуючи ймовірність інфікування та зменшуючи витрати на лікування в майбутньому [7].

В Україні заборонено дискримінацію людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, у сферах працевлаштування, доступу до освіти, медицини, соціальних послуг та інших прав. Важливо пам'ятати, що попри розвиток медицини, ВІЛ/СНІД-позитивні люди можуть стикатися з дискримінацією та обмеженнями у деяких країнах, тому політика різних держав щодо них відрізняється. Міжнародні організації та країни, що відмовляються від дискримінаційної політики, сприяють інтеграції та зменшенню стигми, пов'язаної з ВІЛ/СНІД.

Адаптація передового світового досвіду до умов України в політиці протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу відбувається в рамках Державної стратегії протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. Ця стратегія та відповідні операційні плани заходів (зокрема, план на 2024–2026 роки, затверджений КМУ 18 червня 2024 р. № 564-р) базуються на рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та міжнародних партнерів, таких як PEPFAR та Глобальний фонд.

Основні напрями адаптації світового досвіду включають: Нормативно-правова база: Україна постійно оновлює своє законодавство та нормативні документи (накази МОЗ), щоб вони відповідали принципам доказової медицини та міжнародним стандартам. Новий Стандарт медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» набрав чинності у червні 2025 року.

Профілактичні програми: Реалізуються широкомасштабні профілактичні програми, спрямовані на ключові групи населення (люди, які вживають ін'єкційні наркотики, їхні статеві партнери тощо).

Децентралізація послуг: Відбувається перехід від надання послуг лише у спеціалізованих закладах до інтеграції ВІЛ-сервісів у систему первинної медичної допомоги та залучення громадських організацій для роботи з уразливими групами.

Розширення доступу до тестування та лікування: Акцент робиться на ранньому виявленні ВІЛ та негайному початку антиретровірусної терапії (АРТ).

Впроваджуються інноваційні підходи, такі як самотестування та доконтактна профілактика (ДКП).

Партнерство з міжнародними та громадськими організаціями: Тісна співпраця з Глобальним фондом, PEPFAR та іншими партнерами дозволяє залучати фінансування та експертизу для впровадження новітніх методів протидії епідемії.

Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ): Програми ЗПТ визнані у світі як високоефективний метод лікування осіб із розладами внаслідок вживання опіоїдів і активно впроваджуються в Україні.

Наразі Україна докладася максимум зусиль, щоб не допустити гуманітарної катастрофи для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД, внаслідок розв'язаної війни проти України. Консолідація зусиль держави та громадських організацій за міжнародної підтримки стала головним важелем, який дозволив пом'якшити наслідки війни. Перш за все, вдалося запобігти масовим перериванням лікування.

Ціною неймовірних зусиль громадянського суспільства, донорських організацій та волонтерів було забезпечено надання послуг з допомоги КГН, проведення тестування на ВІЛ/СНІД, оперативний перерозподіл препаратів для АРТ, ЗПТ, лікування вірусного гепатиту С та туберкульозу. Україна вистоїть, незважаючи на всі виклики, і продовжить свої успіхи в боротьбі з епідемією ВІЛ-інфекції. Лідерство спільнот. Україна упевнено прямує до глобальних цілей в контексті зміцнення і підтримки лідерства спільнот, зокрема у період до 2025 року забезпечити: надання організаціями спільнот 30 % послуг з тестування та лікування з акцентом на тестування на ВІЛ/СНІД, забезпечення зв'язку з лікуванням, підтримку прихильності та утримання в лікуванні, а також грамотність у питаннях лікування; надання організаціями спільнот 80 % послуг з профілактики ВІЛ-інфекції для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ/СНІД, у т.ч. для жінок у цих групах, щоб організації спільнот реалізовували 60 % програм, спрямованих на підтримку досягнення сприятливих умов у суспільстві.

Підтвердженням прогресу є постійне удосконалення моделей і покращення якості профілактичних програм, щорічне збільшення частки обсягів ПТВ, що реалізуються силами НУО, а також кількості і частки ЛЖВ з КГ, які знають свій ВІЛ-позитивний статус і починають АРТ. Прикладом участі спільнот у досягненні сприятливих умов у суспільстві є активна позиція двох потужних лідерів цього руху – МБФ «Альянс громадського здоров'я» та БО «100% ЖИТТЯ», а також діяльність Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІД з широким представництвом НУО, які таким чином беруть участь в управлінні цільовими національними програмами. Експертна платформа Fight for Health, яка створена та працює на базі БО «100% Життя», вже має значні здобутки у розробці і просуванні нормативних змін, необхідних для подолання епідемій ВІЛ/СНІД та туберкульозу, дотримання прав вразливих спільнот в Україні [44]. Ця платформа об'єднує експертів у сфері права, законотворчості та лідерів спільнот, уразливих до ВІЛ/СНІД. Зокрема експерти Платформи долучилися до діяльності робочих груп з Плану відновлення України 2022–2023 після війни, в рамках чого працюватимуть за ключовими напрямками: права людини, гендерна рівність, громадське здоров'я тощо.

Платформа налагодила партнерство з ключовими державними інституціями, налагодила співпрацю з парламентарями, розробила низку пакетів документів, які були передані для подальшого просування та внесення змін до законодавства, зокрема щодо декриміналізації ненавмисного інфікування ВІЛ/СНІД, надання сексуальних послуг, зберігання наркотиків без мети збуту, а також розширення практики застосування реабілітаційних, а не каральних методів впливу на ВІЛ/СНІД [51].

МБФ «Альянс громадського здоров'я» в рамках проекту «Удосконалення каскаду лікування ВІЛ/СНІД для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків і залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні» за фінансової підтримки Центрів з контролю

і профілактики захворювань США (CDC), згідно із Надзвичайним планом Президента США по боротьбі зі ВІЛ/СНІД (PEPFAR) впроваджує компоненти:

1) з оптимізованого виявлення нових випадків ВІЛ/СНІД серед ЛВІН та їх партнерів, що побудоване на основі стратегії тестування соціальних мереж та передбачає залучення ВІЛ-позитивними особами до тестування свого соціального оточення;

2) медико-соціального супроводу ВІЛ-позитивних ВІЛ/СНІД з метою постановки на диспансерний облік та початку АРТ, формування прихильності до лікування ВІЛ/СНІД;

3) супроводу та переадресації клієнтів проекту до послуг із замісної підтримувальної терапії та послуг з доконтактної профілактики (PrEP). До реалізації цих завдань Альянсом було залучено 15 партнерських НУО, що функціонують на базі спільнот, дозволяючи представникам уразливих груп отримувати послуги зручно, безкоштовно та анонімно, та 15 мобільних команд швидкого реагування, за допомогою яких ці послуги стали доступними для раніше неохоплених груп. За 2022 рік в рамках зазначеного проекту за допомогою ШТ було протестовано 75753 ЛВІН, вперше виявлено ВІЛ у 4 393 осіб (6%), 4359 з них (99%) почали отримувати лікування та послуги з формування прихильності до АРТ. Ще 589 ЛЖВ, що раніше були втрачені з-під медичного нагляду, вдалось повернути на лікування [51].

Пріоритети та засоби політики протидії ВІЛ/СНІД в Україні на 2025 рік визначаються Державною стратегією до 2030 року та Операційним планом на 2024–2026 роки.

Пріоритетні напрями розвитку.

Масштабування тестування: Цільовий показник на 2025 рік – це охоплення послугами з тестування понад 2,1 млн осіб. Пріоритетом є популяризація само тестування та доступність тест-наборів для населення.

Досягнення цілей «95-95-95»: У 2025 році світ та Україна прагнуть, щоб 95% людей з ВІЛ знали про свій статус, 95% з них отримували лікування, а 95% отримували ефективну терапію з неозначуваним вірусним навантаженням.

Інтеграція та якість послуг: Впровадження оновленого Стандарту медичної допомоги «ВІЛ-інфекція» (набрав чинності в червні 2025 року), що передбачає покращення якості надання послуг мультидисциплінарними командами [43].

Адаптація до умов війни: Пріоритетом залишається забезпечення безперервного доступу до АРВ-терапії для ВПО, біженців і людей на прифронтових територіях, а також психологічна підтримка.

1. Робота з ключовими групами: Посилення послуг для людей, які вживають наркотики ін'єкційно, секс-працівників та ЧСЧ, включаючи програми зменшення шкоди та PrEP.

Засоби реалізації політики поділяються на:

Медичні та профілактичні засоби:

– PrEP (доконтактна профілактика): Забезпечення широкого доступу до препаратів для груп високого ризику.

– АРВ-терапія: Використання комбінованого фінансування (держбюджет + донорська допомога PEPFAR та Глобального фонду) для закупівлі інноваційних ліків.

– Цифровізація: Розбудова Центральної бази даних для моніторингу порушень прав пацієнтів та бар'єрів у доступі до лікування.

– Інституційні та законодавчі засоби:

– Нагляд та координація: Посилення наглядової функції Національної ради з питань ТБ та ВІЛ/СНІДу.

– Правові реформи: Рекомендації щодо декриміналізації передачі ВІЛ (скасування ст. 130 ККУ) та боротьби зі стигмою.

– Співпраця з громадами: Запровадження моніторингу послуг силами спільнот (Community-Led Monitoring).

Завдання:

– забезпечити проведення періодичних популяційних серологічних та біоповедінкових досліджень щодо поширеності вірусних гепатитів серед різних груп населення;

– провести моделювання наслідків і сформувані економічні прогнози щодо тягаря захворювань для системи охорони здоров'я та економіки країни, висновки якого використати для прийняття рішень щодо необхідних інвестицій;

– удосконалити існуючу систему епідеміологічного нагляду та моніторингу і оцінки програмних заходів щодо вірусних гепатитів, встановити національні цільові показники й інтегрувати їх до існуючої системи епідеміологічного нагляду за інфекційними хворобами [70].

3.2 Удосконалення організаційної структури механізму державного управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІД в Україні

Національна Стратегія тестування на ВІЛ в Україні 2019–2030 рр. ґрунтується на основних принципах Державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні:

- забезпечення прав та свобод людини;
- належний рівень якості послуг;
- доступність послуг;
- комплексність та безперервність у наданні послуг;
- інтегрований підхід у наданні послуг;
- наукова доказовість та ефективність послуг;
- участь представників цільових груп в плануванні та наданні послуг;
- фінансова доступність;
- гендерна чутливість;
- врахування вікових особливостей;
- еквівалентність послуг особам у місцях позбавлення волі таким послугам, що надаються в громаді.

Строки та етапи реалізації Стратегії Стратегія визначає три етапи її реалізації, спрямовані на забезпечення цілей Fast Track на період 2019–2030 рр.:

Перший етап “Впровадження” (2019–2020 роки) – реалізація Стратегії у рамках «Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в т.ч. хіміорезистентного, та ВІЛ/СНІД на період до 2020 року та план заходів щодо її реалізації»; Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки (перші 2 роки Програми); Політичної декларації з питань ВІЛ/СНІД 2016 року «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ/СНІД і припинення епідемії ВІЛ/СНІД до 2030 року» [66]. Цей етап включає наступне :

- своєчасне залучення осіб з позитивним результатом тестування на облік для раннього початку лікування;
- усунення системних недоліків епіднагляду за ВІЛ/СНІД і забезпечення ефективного використання отриманих даних у протидії епідемії ВІЛ/СНІД; – підвищення якості надання ПТВ;
- вирішення наскрізних питань, зокрема законодавчих;
- забезпечення досягнення основних індикаторів першого етапу реалізації Стратегії.[45]

Другий етап “Оптимізація” (2021–2023 роки) – реалізація Стратегії у рамках Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ/СНІД на 2019-2023 роки (3-5 роки Програми); політичної декларації з питань ВІЛ/СНІД 2016 року «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ та припинення епідемії СНІДу до 2030 року» [66]. Цей етап включає наступне:

- забезпечення сталого впровадження кращих моделей надання ПТВ та їх оптимізації;
- забезпечення подальшої оптимізації епіднагляду за ВІЛ/СНІД з урахуванням наявних епідемічних тенденцій та міжнародних рекомендацій;
- забезпечення якості надання ПТВ;
- забезпечення досягнення основних індикаторів другого етапу реалізації;
- забезпечення наступності між етапами, у разі необхідності, перегляд заходів та індикаторів.

Третій етап “Масштабування” (2024–2030 роки) – реалізація Стратегії у рамках Політичної декларації з питань ВІЛ/СНІД «Прискореними темпами до активізації боротьби з ВІЛ/СНІД та припинення епідемії СНІДу до 2030 року». Цей етап включає наступне:

- завершення реалізації стратегії шляхом впровадження кращих та оптимальних моделей надання ПТВ;
- забезпечення подальшої оптимізації епіднагляду за ВІЛ/СНІД з урахуванням наявних епідемічних тенденцій та міжнародних рекомендацій;
- забезпечення якості надання ПТВ;
- забезпечення досягнення основних індикаторів ретью етапу виконання Стратегії;
- забезпечення наступності між етапами, у разі необхідності, перегляд заходів та індикаторів планування надання ПТВ на наступний період [46].

На сьогодні існує потреба в подальшому удосконаленні нормативно-правового забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД в Україні, якісних змінах у змісті законодавчих актів, загостренні соціальної спрямованості й підвищенні відповідальності, поглибленні міжгалузевої взаємодії, розширенні співпраці з організаціями громадянського суспільства і міжнародною спільнотою, подальшій класифікації, періодизації та систематизації національної нормативно-правової бази з метою її розвитку.

Наявна на сьогодні система інституційного забезпечення у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД в Україні не враховує наявних проблем, що виникають на сучасному етапі боротьби зі ВІЛ/СНІД і не забезпечує належної координації дій всіх суб’єктів державно-громадської співпраці в даній сфері. Окрім того, наявна система не має реальних механізмів для міжгалузевого співробітництва, горизонтального мережування (networking) та співпраці [34; 51].

Належне інституційне забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД в Україні дасть змогу об’єднати зусилля системи охорони здоров’я та громади у подоланні епідемії ВІЛ/СНІД, допоможе

здійснювати ефективну державну політику в даній сфері та залучити додаткові фінансові ресурси для забезпечення контролю над захворюванням, знизити рівень стигми та дискримінації в суспільстві по відношенню до ВІЛ-інфікованих людей, підвищить рівень обізнаності населення у питаннях профілактики, діагностики та лікування ВІЛ/СНІД [34]. Слід констатувати, що громадські організації відіграють дуже важливу, практично незамінну, роль при роботі з контингентами груп ризику, у формуванні у них прихильності до діагностики і лікування, зменшенні стигматизації [34; 47]. У громадських організацій діє ініціатива «Рівний – рівному», контингенти групи ризику мають високий ступінь довіри до її учасників.

Основні завдання громадських організацій у державно-громадській співпраці щодо протидії ВІЛ/СНІДу полягають у тому, щоб вимагати відповідних заходів для протидії поширенню епідемії від державних органів влади, брати участь у розробці програм боротьби з ВІЛ/СНІД на міжнародному рівні, вимагати відповідальності від фармацевтичних компаній, а також брати участь у розробці та впровадженні інноваційних методів боротьби з ВІЛ/СНІД. Отже, громадські організації змушені брати на себе виконання тих функцій, які недоступні державі. Підтримка громадських організацій може бути єдиним джерелом допомоги людям, яким довелося відчувати на собі вплив епідемії.

Проте нині в діяльності громадських організацій у державно-громадській співпраці щодо протидії ВІЛ/СНІД існує ряд проблем, серед яких:

- низький рівень участі громадськості у плануванні, координуванні, моніторингу профілактичних заходів на місцевому, державному та міжнародному рівнях означає, що розробка і реалізація програм не буде ефективною, інтенсивною, спрямованою на конкретних людей.

- обмеженість можливостей громадських організацій розпоряджатися коштами заважає швидкому отриманню фінансування і розподіленню коштів.

- громадські організації у багатьох регіонах перебувають у зародковому стані або ще дуже незрілі; у регіоні може бути лише кілька громадських

асоціацій, при чому відсутня їхня інфраструктура і взаємозв'язок, іноді їхньому розвитку перешкоджають законодавчі норми та політика владних структур.

– багато груп населення залишаються на маргінесі суспільного життя, тому робота з ними шляхом впровадження методики «рівний – рівному» і набуття ними соціального досвіду залишається повільним процесом, що потребує значних зусиль.

На підставі узагальнення матеріалів різних авторських підходів до розгляду причин виникнення та персистенції епідемії ВІЛ/СНІД в українському суспільстві визначено п'ять груп детермінант, які впливають на розвиток епідемії ВІЛ/СНІД: макро-фактори; соціально-економічне середовище; індивідуальне поведінка; біомедичні фактори; управлінські аспекти [34].

Основними проблемами управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІД в Україні є: недостатня практика застосування стратегічного планування, що базується на науково обґрунтованих даних і визначенні конкретних потреб; відсутність єдиної системи управління національною програмою; обмеженість усіх видів ресурсів; відсутність системи стандартів з надання послуг щодо профілактики, лікування, догляду та підтримки; недостатній контроль за дотриманням законодавства та нормативно-правових актів; відсутність єдиної національної системи моніторингу і оцінки; відсутність повноцінної координаційної функції з боку національного координатора тощо [34; 50].

Не зважаючи на те, що стратегію боротьби з епідемією ВІЛ/СНІД визнано одним із пріоритетів державної політики, стабілізувати її поки що не вдається. Тому на часі перегляд механізмів формування та реалізації державної політики у цій сфері, а також критеріїв визначення її дієвості. У відповідних галузях, задіяних до протидії поширенню ВІЛ/СНІД, дієвість державної політики можна оцінити за допомогою таких критеріїв, як ефективність, результативність та економічність. Однак особливість цього процесу полягає в тому, що головна увага при оцінці цих показників приділяється не стільки отриманню певних результатів з найменшими затратами ресурсів, а також не стільки ресурсам та структурі, як наслідкам діяльності системи, зокрема досягненню конкретних

результатів. Тож з метою вдосконалення структурно-функціональної моделі державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІД необхідно:

- провести необхідний збір та ознайомлення з інформацією щодо можливості та необхідності децентралізації/інтеграції або розвитку медичних та немедичних послуг на певній території;

- суб'єкти державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу мають чітко визначити місцеві пріоритети та напрями децентралізації/інтеграції або розвитку надання послуг на певній території, основний акцент на цьому етапі треба зробити на наступному:

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

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

- суб'єкти державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД 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).

Епідемія ВІЛ в Україні переходить від фази стрімкого поширення до фази стабілізації, але війна та міграція створюють нові виклики, що вимагають адаптації [34]. Суб'єкти державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД мають розробити річний план роботи (у співпраці із зацікавленими сторонами), що враховує всі наявні ресурси, а також доцільним є розроблення плану розвитку кадрового потенціалу, що включає:

- створити механізми для інформаційного зворотного зв'язку на всіх рівнях надання послуг;

– впровадити ефективну систему моніторингу і оцінки, ефективні канали зворотного зв'язку з працівниками охорони здоров'я, соціальними працівниками, представниками громадянського суспільства;

– стимулювання – однією з найважливіших функцій суб'єктів державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД є впровадження чітких процедур стимулювання працівників;

Основними компонентами цього процесу є такі складові:

– впровадження системи аудиту та наставницьких/моніторингових візитів до установ нижчого рівня з надання організаційно-методичної допомоги, вирішення поточних питань управління;

– впровадження системи періодичного опитування користувачів послуг з метою виявлення ключових прогалин у наданні допомоги.

Важливою проблемою є розмежування функцій і обов'язків суб'єктів державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД на різних рівнях. Оскільки децентралізація послуг, які надаються, з питань ВІЛ/СНІД призводить до певного розмежування функцій і обов'язків суб'єктів державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІД, слід намагатися максимально чітко розмежовувати такі повноваження з метою уникнення дублювання, неточностей або непорозумінь, пов'язаних із виконанням обов'язків [34].

Пріоритетними напрямками удосконалення структурно-функціональної моделі державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІД є:

– структурна реорганізація системи медичного обслуговування з першочерговим розвитком первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини;

– перехід від адміністративно-командної моделі до постачання допомоги на договірних (контрактних) умовах;

– зміцнення фінансової складової;

– узгодження обсягів державних гарантій щодо надання медичної допомоги з фінансовими ресурсами охорони здоров'я;

- формування системи забезпечення і підтримки якості допомоги;
- здійснення активної кадрової політики;
- здійснення раціональної фармацевтичної політики на макрорівнях і мікрорівнях;
- управління змінами в галузі протидії поширенню ВІЛ/СНІД [10; 34].

Автором дослідження розроблено алгоритм оцінювання ефективності функціонування механізмів державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІД в Україні, який дає змогу всім суб'єктам державно-громадської співпраці застосовувати уніфіковану анкету для забезпечення самоконтролю за виконанням прийнятих рішень, відповідної профілактичної програми в оперативному режимі. Ця методика також дає змогу вчасно вносити необхідні корективи за напрямками пріоритетного впливу у сфері профілактики ВІЛ/СНІД. Крім того, запропонований алгоритм дій щодо оцінювання ефективності заходів міжгалузевої співпраці з профілактики поширення ВІЛ/СНІД вперше у вітчизняній практиці управлінських підходів щодо контролю над цією епідемією має чітко окреслений кількісний вимір, що дає змогу більш точно конкретизувати діяльність як окремого підрозділу, так і визначити ефективність міжвідомчої співпраці. Наведена методика є універсальною і може застосовуватися з метою оцінювання державно-управлінської діяльності щодо запобігання іншим соціально небезпечним хворобам, таким як наркоманія, алкоголізм, туберкульоз тощо. Незаперечною є висока економічна ефективність запропонованої методики, адже для її застосування не потрібні значні фінансові ресурси, а простота отримання необхідної для самоаналізу інформації та прозорість процесу оцінювання дають змогу отримувати ідентичні результати під час проведення як самооцінювання, так і експертного оцінювання діяльності органів виконавчої влади у сфері профілактики ВІЛ/СНІД зовнішніми експертами та представниками громадськості, у т.ч. і представниками громадських ВІЛ-сервісних організацій [34].

ВИСНОВКИ

1. Епідемія ВІЛ/СНІД 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/СНІД і туберкульоз. Некерованість процесів поширення цих двох епідемій, які завдають Україні значних соціально-економічних збитків, привертає дедалі більшу увагу керівників вищого рівня, 132 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.

2. Державна політика протидії ВІЛ/СНІД в Україні спрямована на зниження рівня захворюваності, забезпечення доступу до лікування та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, а також на запобігання дискримінації та стигматизації. Таким чином, публічне управління у сфері охорони здоров'я в Україні здійснюється як вищими органами державної влади, так і безпосередньо спеціалізованими органами публічного управління в охороні здоров'я на чолі з Міністерством охорони здоров'я України, а також органами місцевого самоврядування.

3. Висновки щодо ефективності цієї політики свідчать про певні успіхи, але також про існуючі проблеми та виклики: завдяки дослідженню різних соціально-економічних чинників, що впливають на поширення епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, вдалося встановити, що розширення програм тестування та консультування допомагає виявляти хворобу на ранніх стадіях, збільшувати

кількість людей, які дізнаються про свій ВІЛ-позитивний статус на ранніх стадіях, що дозволяє вчасно розпочати антиретровірусну терапію (АРТ).

4. Завдяки аналізу забезпечення населення України медичними послугами щодо профілактики та лікування ВІЛ/СНІД в умовах трансформації системи охорони здоров'я України зроблено висновки про збільшення охоплення АРТ. В Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості людей, які отримують АРТ, що є ключовим для пригнічення вірусного навантаження та покращення якості життя. Проаналізувавши стан досягнення цілей 90-90-90 щодо протидії ВІЛ/СНІД в Україні на сучасному етапі, зроблено висновки про необхідність розширення профілактичних програм. Необхідно посилити профілактичні заходи, спрямовані на різні групи населення, зокрема, на молодь, споживачів ін'єкційних наркотиків та представників ключових груп.

5. Ознайомившись із внеском державної стратегії щодо профілактики епідемії ВІЛ/СНІД в Україні до 2030 р зроблено висновки про потребу у сталому фінансуванні. Для забезпечення безперебійної роботи програм з протидії ВІЛ/СНІД, зокрема, закупівель ліків та надання послуг, необхідно забезпечити стале фінансування з боку держави та міжнародних партнерів.

6. Програми з протидії ВІЛ/СНІД повинні бути пристосовані до актуальних епідеміологічних, економічних, соціальних і культурних умов, за яких вони впроваджуються. Боротьба з ВІЛ/СНІД вимагає комплексного підходу, який включає соціальні, поведінкові, медичні і психологічні аспекти. А проведення заходів із запобігання поширенню ВІЛ/СНІД необхідно включити до планів роботи усіх служб та установ держави, які забезпечують надання послуг із попередження поширення хвороби безпосередньо цільовим групам населення. Загалом, державна політика протидії ВІЛ/СНІД в Україні потребує подальшого вдосконалення та розширення, з урахуванням специфіки епідеміологічної ситуації та потреб різних груп населення. Необхідно забезпечити ефективну профілактику, своєчасне виявлення та лікування, а також соціальний захист та підтримку для людей, які живуть з ВІЛ/СНІД з метою подолання епідемії та покращення якості їхнього життя.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Дацюк В.В. Державна політика з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу: шляхи подолання дискримінації. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. (Серія: Державне управління).* 2016. 58 с
2. Лучинська О.В. Нормативно-правове забезпечення державно громадської співпраці у сфері протидії поширення ВІЛ/СНІДу в Україні. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління).* 2016. № 2(54). С. 63–68.
3. Конституція України: Закон України від 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР. *Відомості Верховної Ради України.* 1996. № 30. 141 с
4. Барнет Т., Уайтсайд А., Ходакевич Л., Круглов Ю., Стешенко В. Оцінка можливих демографічних і соціально-економічних впливів поширення ВІЛ/СНІДу в Україні. *Демографічні дослідження.* 1998. Вип. 20. С. 89-90 с
5. Правові норми державної політики. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <http://moz.gov.ua/article/> (дата звернення: 13.12.2025)
6. Лучинська О.В. Суб'єкти державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. *East European Scientific Journal.* 2016. № 6(10). С. 53–57.
7. Баранова Н. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: прогнозування, моделювання, оцінка. *Україна: аспекти праці.* 2006. № 1. С. 19–25.
8. ВІЛ-інфекція в Україні: *Інформаційний бюлетень.* URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_51_2020.pdf (дата звернення: 19.12.2025)
9. ВІЛ та СНІД: Достовірно про проблему. *Психолог: всеукраїнська газета для вчителів.* Київ, 2005 р. С. 1–7.
10. Власенко І. Триголовий змії великої загрози. *Урядовий кур'єр.* 2006. № 88/13 трав. С. 7.

11. Вивчення поширеності ВІЛ-інфекції шляхом застосування методології 138 “дозорного” епідеміологічного нагляду / Ю.В. Круглов та ін. *Інфекційний контроль*. 2007. № 2. С. 9–10.
12. Голубовська О.А., Гудзенко О.А., Шестакова І.В. HIV-infection – ВІЛ-інфекція. Київ: Медицина, 2011. 88 с.
13. Джужа О.М. Механізм законодавчого забезпечення запобігання наркоманії та поширенню ВІЛ/СНІДУ в Україні. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ України*. 2005. № 6. С. 225–230.
14. Лучинська О.В. Інституційне забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДУ в Україні. *Актуальні проблеми державного управління*. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. Вип. 2. С. 74–78.
15. Профілактика ВІЛ/СНІДУ – складова безпеки держави. *Людина і праця*. 2006. № 9. С. 10–11.
16. Рижков К. День пам'яті людей, які померли від СНІДУ. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2005. № 2. С. 135–139.
17. Ярош Н.П. Проблеми та завдання у сфері впровадження державних соціальних стандартів надання медичної допомоги населенню. *України. Україна. Здоров'я нації*. 2011. № 3. С. 63–67.
18. 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> (19.12.2025)
19. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ. *Відомості Верховної Ради України*. 1993. № 4. 19 с
20. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний сайт. URL: <http://www.moz.gov.ua/ua/> (дата звернення: 19.12.2025).
21. Юрченко О.В. Профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДУ та організація надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним особам та хворим на СНІД. Київ, 2008. С. 269–278.

22. Що таке ВІЛ і СНІД. *Зарубіжна література*. 2005. 5 берез. (№ 7). С. 2–7.
23. Лучинська О.В. Інформаційний механізм державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. *Ефективність державного управління*. 2016. С. 214–223.
24. Хожило І.І. Державна політика України у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу: етапи формування, становлення та розвитку. *Держава та регіони. (Серія: Державне управління)*. 2007. № 4. С. 210–214.
25. Тимощук В.П. Адміністративна процедура та адміністративні послуги. *Зарубіжний досвід і пропозиції для України*. Київ: Факт, 2003. 496 с.
26. Терницька С.В. Соціально-педагогічні умови міжсекторної взаємодії у сфері профілактики ВІЛ-інфекції в молодіжному оточенні. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2012. № 2. С. 34–42.
27. Митина Н., Шаповалова В., Вирва Е., Шаповалов В. Соціально-медичне вивчення патогенеза ВІЛ-інфекції. *Ліки України*. 2004. № 7–8. С. 90–92.
28. Лучинська О.В. Шляхи удосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 17. С. 124–131.
29. Романенко Є.О. Державно-громадське партнерство як засіб формування державної політики. *Місьцеве самоврядування основа сталого розвитку України*: матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. уч., 16 травня 2014 р. У 2 т. Київ: НАДУ, 2014. Т. 2. 288 с.
30. Реформа ВІЛ-послуг у дії. Актуальність створення Національного центру громадського здоров'я та контролю за захворюваннями: аналіт. звіт. 2015. 145 с
31. Національний публічний контроль у сфері охорони здоров'я. URL: <http://www.hivreforminaction.org/wpcontent/uploads/2015/10/NationalPublic-Health-and-Disease-Control-Centerdraft.pdf> (дата звернення 9.12.2025).

32. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення. Закон України від 12 грудня 1991 р. № 1972. *Збірник нормативно-директивної документації з охорони здоров'я*. 2002. січень. С. 3–8.

33. Левчук Н.М. Демоекономічні впливи епідемії ВІЛ/СНІДу на людський розвиток в Україні. Київ: КНЕУ, 2007. Т.1 С. 292–298.

34. Лучинська О.В. Удосконалення механізмів державно-громадської взаємодії в сфері протидії ВІЛ/СНІДу. *Державне управління: удосконалення та розвиток*: 2017. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1125>. (дата звернення: 14.12.2025)

35. Кокіна В. Більше знати про СНІД не зайве. *Урядовий кур'єр*. 2006. № 199/24 жовтня.

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

37. Качан О., Турчин Я. Вплив демографічних процесів в Україні на національну безпеку держави, 2009.

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

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

40. Туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД / за ред. В.Ф. Москаленка, Р.Г. Процюка. Київ: Медицина, 2009. 424 с.

41. ЮНЕЙДС URL: <http://www.unaids.org/ru/> (дата звернення: 19.12.2025).

42. Терницька С.В. Соціально-педагогічні умови міжсекторної взаємодії у сфері профілактики ВІЛ-інфекції в молодіжному оточенні. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2012. № 2. С. 34–42.

43. Лучинська О.В. Зарубіжний досвід взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширення ВІЛ/СНІДу.

Державне управління в Україні: історія державотворення, виклики та перспективи: матеріали VII міжнар. наук. конф., 27 травня 2016 р. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. С. 112–116.

44. Реформа ВІЛ-послуг у дії. Актуальність створення Національного центру громадського здоров'я та контролю за захворюваннями: URL: <http://www.hivreforminaction.org/wpcontent/uploads/2015/10/NationalPublic-Health-and-Disease-Control-Centerdraft.pdf> (дата звернення: 19.12.2025).

45. Профілактика ВІЛ/СНІДу – складова безпеки держави: [Пресконференція за підсумками міжнародного проекту СМАРТ. *Людина і праця*. 2006. № 9. С. 10–11.

46. Лучинська О.В. Соціальний захист та соціальна безпека людини і суспільства в сфері ВІЛ/СНІДу. *Державне управління освітою: виклики часу*: матеріали ІХ наук.-практ. конф. за міжнар. уч. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2015. С. 196–199.

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

48. 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. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2012. № 3. С. 6–12.

49. Профілактика ВІЛ/СНІДу – складова безпеки держави. *Людина і праця*. 2006. № 9. С. 10–11.

50. Лучинська О.В. Європейські підходи до підвищення кваліфікації публічних службовців у сфері протидії поширення ВІЛ/СНІДу. *Європейські принципи та стандарти підготовки публічних управлінців: орієнтири для України*: матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. уч., 5–6 листопада 2015 р. Київ: НАДУ, 2015. С. 173–175.

51. ВІЛ-інфекція в Україні: *Інформаційний бюлетень*. 2023. № 53. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_54_2023.pdf (дата звернення: 19.12.2025)

52. Теорії походження ВІЛ/СНІДу. URL: <https://bsmu.edu.ua/blog/3882-yeorii-pohodzhennya-vil-snidu/> (дата звернення: 19.12.2025)

53. Ільїнська І.Ф. Популярно про ВІЛ-інфекцію. URL: ifr.kiev.ua/doc/people/vil-pop/vil/pop.1.html (дата звернення: 19.12.2025)

54. Національна оцінка ситуації ВІЛ/СНІД в Україні. URL: <https://lmsapi.plagiat.pl/report/?shareId=6d3fff2b-918c-49c1-9e59-9b8dbc8ef80e&language=uk> (дата звернення: 19.12.2025)

55. Нові експериментальні підходи у діагностиці та лікуванні ВІЛ: за чим майбутнє? URL: <https://helpme.com.ua/41883-2/> (дата звернення: 19.12.2025)

56. Поширеність ВІЛ в Європі: ECDC та ВООЗ опублікували новий звіт. URL: <https://www.apteka.ua/article/481021> (дата звернення: 19.12.2025)

57. Поширення ВІЛ/СНІДу – загроза людству URL: <https://zavantag.com/docs/index-16940296.html> (дата звернення: 19.12.2025)

58. Семигіна Т. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: роль міжнародної допомоги: за матеріалами дослідження глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу. Київ: Агентство «Україна», 2009. 144 с.

59. Аніщенко М.А. Сфера охорони здоров'я як об'єкт публічного управління. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2023. Вип. 34. С. 31–37.

60. Статистика з ВІЛ/СНІДу. URL: <https://lmsapi.plagiat.pl/report/?shareId=6d3fff2b-918c-49c1-9e59-9b8dbc8ef80e&language=uk> (дата звернення: 19.12.2025)

61. Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДУ в Україні станом на початок 2019 року. URL: <https://lmsapi.plagiat.pl/report/?shareId=6d3fff2b-918c-49c1-9e59-9b8dbc8ef80e&language=uk> (дата звернення: 19.12.2025)

62. Скуйбіда Ю.В. Проблема ВІЛ/СНІДу як питання порядку денного в публічній політиці України. *Наукові записки. (Серія: Політичні науки)*. 2020. Т. 45. С. 71–77.

63. Зубцова Д.І. Особливості формування державної політики боротьби зі СНІД/ВІЧ в сучасних умовах. Суми, 2021. 47 с.

64. 1 грудня – День боротьби зі СНІДом. ВІЛ-інфекція, актуальність в Україні і світі. URL: <https://lmsapi.plagiat.pl/report/?shareId=6d3fff2b-918c-49c1-9e59-9b8dbc8ef80e&language=uk> (дата звернення: 19.12.2025)

65. Протокол за результатами голосування членів комітету з програмних питань національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/...> (дата звернення: 19.12.2025)

66. Степаненко В.І., Іванов С.В., Каменєв В.І. Стратегія планування боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні: огляд літератури. *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2021. № 4 (83). С. 61–77.

67. Семигіна Т. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: роль міжнародної допомоги (за матеріалами дослідження глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/СНІДу). Київ, 2009. 125 с.

68. ВІЛ-інфекція в Україні: *Інформаційний бюлетень*. 2023. № 51. URL: <https://lmsapi.plagiat.pl/report/?shareId=6d3fff2b-918c-49c1-9e59-9b8dbc8ef80e&language=uk> (дата звернення: 19.12.2025)

69. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 серпня 2023 року № 1533. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/> (дата звернення: 10.12.2025).