

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ

ОДЕСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЛУЧИНСЬКА Ольга Віталіївна

УДК 351 : [379.8 : 332.3 - 304](477)

**ДИСЕРТАЦІЯ
ВЗАЄМОДІЯ З ГРОМАДСЬКІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО
УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ.**

25.00.02 – механізми державного управління

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ О.В. Лучинська

Науковий керівник

Ярош Наталія Петрівна,
д.держ.упр., доцент

Київ
Одеса
2018

АНОТАЦІЯ

Лучинська О. В. Взаємодія з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – «механізми державного управління». – Одеський регіональний інститут державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, Одеса, 2018.

У дисертації запропоновано вирішення актуального наукового завдання, що полягає в обґрунтуванні теоретичних положень та наданні практичних рекомендацій щодо поліпшення взаємодії держави з громадськістю у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

У теоретичній частині роботи обґрунтовано концептуальні підходи до формування базових понять дослідження, проаналізовано теоретичні підходи до вивчення визначеної наукової проблеми у працях українських і зарубіжних науковців, удосконалено понятійно-категорійний апарат функціонування системи державного управління у взаємодії з громадськістю щодо протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, досліджено суб'єкти державно-громадської співпраці у визначеній темі та розглянуто міжнародні стандарти у зазначеній сфері.

Обґрунтовано, що державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальним напрямом державної соціальної політики. Визначено, що державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні представляє собою еластичну і мобільну ланку системи Національної відповіді як сукупність загально-профілактичних та спеціальних програм, реалізованих, виходячи з потреб епідеміологічної ситуації, мережі багатофункціональних установ, органів управління й підвідомчих їм організацій, що провадять свою діяльність шляхом прийняття різноманітних управлінських

рішень на основі міжвідомчої, міжсекторальної взаємодії та раціонального розподілу повноважень між суб'єктами управління.

Встановлено, що державно-громадська співпраця у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні перебуває в стадії свого становлення. Проте необхідність співпраці всіх її суб'єктів для формування та реалізації ефективної політики щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на сьогодні є очевидною.

Розглянуто категорійно-понятійний апарат за темою дослідження. Запропоновано визначення поняття “державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу”, яке слід розглядати з позицій структурного та процесного підходів як сукупність загально-профілактичних та спеціальних програм, реалізованих виходячи з потреб епідеміологічної ситуації, мережі багатофункціональних установ, органів управління й підвідомчих їм організацій, що провадять свою діяльність шляхом прийняття різноманітних управлінських рішень на основі міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії, а також раціонального розподілу повноважень між суб'єктами управління.

Досліджено суб'єкти державно-громадського співробітництва та виявлено, що кількість таких суб'єктів постійно зростає і це має свої позитивні наслідки, оскільки участь нових організацій сприяє збільшенню ресурсів, посилює гнучкість та інноваційність підходів у діяльності.

Встановлено, що міжнародні рекомендації щодо протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні орієнтують на застосування комплексного підходу для планування заходів зі створення сприятливого середовища, розробку спеціальних стратегій для забезпечення більш активної участі організацій громадянського суспільства, а також осіб, що входять у групи ризику чи постраждали від ВІЛ/СНІДу, з метою забезпечення ефективної державної політики у даній сфері (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДу). Підтверджено, що необхідними є спільні заходи у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, які плануються всіма суб'єктами державно-громадської співпраці, спрямовані

на вирішення проблем протидії епідемії СНІДу і проводяться на глобальному, національному, обласному та місцевому рівнях.

У практичній частині роботи розглянуто механізми взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні та роль і місце громадських організацій у державному управлінні з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Процес державно-громадської взаємодії розглянуто під кутом етапності його розвитку та співвіднесено з характеристиками суб'єктів взаємодії, їх основними рисами, функціями і властивостями: етап паралельної моносуб'єктної діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу – (1992-2000); поступовий перехід суб'єктів управління до засад взаємодії “за згодою” – (2001-2003); етап програмно-цільової взаємодії на засадах консолідованої участі (2004-2009); державно-громадська взаємодія на засадах функціонального впливу суб'єктів управління (2009-2013); етап інтегрованої взаємодії в умовах децентралізації управління (від 2014 р.).

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

Доведено, що участь інституцій громадянського суспільства в організації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні є надзвичайно важливою і реалізується через систему загальних та спеціальних функцій управління. Основними формами взаємодії є законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців;

використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем спільними зусиллями; переадресація клієнтів; обмін інформацією; спільні бази даних тощо. Державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу реалізується на чотирьох рівнях: представництво інтересів і спільної позиції НУО і державних структур перед міжнародними донорами (міжнародний рівень), що сприяє конструктивному діалогу та партнерству; надання технічної допомоги у вигляді навчання, консультування та інших форм для представників НУО, ініціативних груп і державних установ (національний рівень); надання підтримки та адресної допомоги представникам груп високого ризику (рівень індивідуальної взаємодії) та членам їх родини (рівень територіальної громади).

Визначено, що, належне інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширенню ВІЛ/СНІДу пропонується реалізовувати на двох комунікативних рівнях: внутрішній – міжсуб'єктний обмін інформацією, зовнішній – суб'єктно-об'єктний обмін інформацією. Складовими елементами інформаційного механізму взаємодії на рівні територіальної громади виступають: інформація епідеміологічного, медичного та соціального характеру; інформування про засоби профілактики ВІЛ/СНІД на рівні громади, сім'ї та індивідуальному рівні; інформаційне забезпечення з безперервного підвищення професійної майстерності для представників громадськості; інформаційно-технічне забезпечення взаємодії між суб'єктами управління.

У результативній частині роботи розглянуто питання щодо вдосконалення механізмів взаємодії з громадськістю у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ в Україні крізь призму дослідження зарубіжного досвіду децентралізації послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та перспективи впровадження її результатів в Україні; визначення основних напрямів удосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та розроблення на цій основі функціонально-організаційної моделі інтеграції

громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в умовах децентралізації управління.

Визначено, що співпраця державних органів із громадськими організаціями доводить свою високу ефективність на практиці. Саме завдяки використанню співпраці державних інституцій та громадськості у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу можна суттєво стабілізувати епідемію та знизити темпи приросту як захворюваності, так і рівня смертності.

Проаналізовані дані експертного дослідження, були використані при розробці функціонально-організаційної моделі інтегрованої участі громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в умовах децентралізації управління. Впровадження цієї моделі передбачає розподіл форм і методів роботи в залежності від контингенту населення: здорові чи ВІЛ-інфіковані особи та включає в себе розмежування послуг між медичними представниками та громадськими організаціями в рамках співпраці. Ключовою ідеєю в досягненні поставленої мети стало послідовне рішення пріоритетної проблеми підвищення ефективності діяльності щодо зменшення темпів розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІД в Україні й підвищення доступності та якості медичної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД при залученні до даного процесу лікарів загальної практики-сімейних лікарів та громадських організацій.

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

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

Ключові слова: механізми державного управління в сфері протидії ВІЛ/СНІДу, державно-громадська взаємодія, структурно-функціональна модель інтеграції інститутів громадянського суспільства, суб'єкти управління, децентралізація управління.

ANNOTATION

Luchynska O. V. Interaction with the Public in the System of Public Administration in the Field of Counteraction to HIV / AIDS in Ukraine. — Qualifying Scientific Paper on the Rights of Manuscripts.

Thesis for a Candidate (Ph.D.) Degree in Public Administration, Speciality 25.00.02 — Mechanisms of Public Administration. — Odessa Regional Institute of Public Administration, National Academy of Public Administration under the President of Ukraine, Odessa, 2018.

The thesis proposed the solution of the actual scientific problem, which is to substantiate the theoretical positions and provide practical recommendations for improving the interaction of the state with the public in the field of counteraction to HIV / AIDS in Ukraine.

The theoretical part of the paper substantiates the conceptual approaches to the formation of the basic concepts of the research, analyses the theoretical approaches to the study of a definite scientific problem in the works of Ukrainian

and foreign scientists, and improves the conceptual and categorical apparatus of the functioning of the public administration system in interaction with the public on counteraction to HIV / AIDS in Ukraine, and subjects of state and public cooperation on a specific topic and considered international standards in this area.

It is substantiated that state and public interaction in the field of counteraction to HIV / AIDS in Ukraine is an actual direction of the State Social Policy. Determined that the state and public cooperation in the field of HIV/AIDS in Ukraine is a flexible and mobile element of the system of national response as a set of general prevention and special programmes implemented, based on the needs of epidemiological situation, the network of multifunctional institutions, authorities and subordinate them to organizations that conduct their activities by taking various management decisions based on interdepartmental, inter sectoral interaction and rational distribution of responsibilities between actors.

It was established that state and public cooperation in the field of counteraction to the spread of HIV / AIDS is in the stage of its formation in Ukraine. However, the need for cooperation of all its actors to form and implement an effective policy to counteract the HIV / AIDS epidemic is now evident.

The categorical and conceptual apparatus on the subject of research is considered. The definition of the concept of 'state and public interaction in the field of HIV / AIDS' is proposed. It which should be considered from the standpoint of structural and process approaches as a set of general preventive and special programs implemented on the basis of the needs of the epidemiological situation, the network of multifunctional institutions, government bodies and subordinate them organizations that conduct their activities by adopting a variety of managerial decisions based on inter-agency and inter and sectoral interaction, as well as on the rational distribution of powers between management subjects.

The subjects of state and public cooperation have been investigated and the number of such entities is constantly growing. This has its positive consequences as

the participation of new organizations contributes to the increase of resources, strengthens the flexibility and innovation of approaches in the activity.

It has been established that international recommendations on combating HIV / AIDS in Ukraine are oriented towards the use of an integrated approach for planning measures to create a supportive environment, the development of specific strategies to ensure more active participation of civil society organizations, as well as those who are at risk or affected by HIV / AIDS, in order to ensure effective state policy in this area (standardization of services in the field of HIV / AIDS). It was confirmed that joint actions in the field of HIV / AIDS, which are planned by all subjects of state and public cooperation aimed at solving the problems of counteraction to the AIDS epidemic and are carried out at the global, national, oblast and local levels, are necessary.

The practical part discusses the mechanisms of interaction with the public in the system of public administration in the field of counteraction to HIV / AIDS in Ukraine and the role and place of public organizations in the public administration on HIV / AIDS in Ukraine.

The process of state and public interaction is considered at an angle of the stage of its development and is correlated with the characteristics of the subjects of interaction, their main features, functions and properties: the phase of parallel mono subject activity in the field of counteraction to HIV / AIDS (1992-2000); Gradual transition of the subjects of management to the principles of interaction 'by agreement' (2001—2003); the Phase of Program of Targeted Collaboration on the Basis of Consolidated Participation (2004-2009); State and public interaction on the basis of functional influence of the subjects of management (2009-2013); and the phase of integrated interaction in the conditions of decentralization of management (since 2014).

The analysis of the regulatory framework for state and public cooperation in the field of combating the spread of HIV / AIDS in Ukraine has shown. It consists of international ratified by Ukraine and national normative legal acts, which include

laws, resolutions and orders of the Verkhovna Rada of Ukraine, decrees and orders of the President of Ukraine, resolutions and orders of the Cabinet of Ministers of Ukraine, orders, decisions of the colleges, recommendations and instructions of the Ministry of Health of Ukraine, other central executive bodies and other documents.

The participation of civil society institutions in organizing a national response to the HIV / AIDS epidemic is proven to be extremely important and implemented through a system of general and special management functions in Ukraine. The main forms of interaction is the law making initiative; holding joint events (public hearings, annual national conferences on AIDS prevention issues, etc.); training of specialists; use of material and technical base; solving specific problems with joint efforts; customer redirection; information exchange; and common databases, etc. State and public interaction in the field of counteraction to HIV / AIDS is realized on four levels: representation of interests and common position of NGOs and state structures to international donors (International Level), which promotes constructive dialogue and partnership; provision of technical assistance in the form of training, counselling and other forms for representatives of NGOs, initiative groups and government agencies (National Level); providing support and targeted assistance to representatives of high risk groups (Level of Individual Interaction) and their family members (Level of Territorial Community).

It is determined that proper information provision of interaction with the public in the system of public administration in the sphere of counteraction to the spread of HIV / AIDS is proposed to be implemented on two communicative levels: Internal as inter and subjective information exchange, and External as subject and object exchange of information. The constituent elements of the information mechanism of interaction at the level of the territorial community are: information of the epidemiological, medical and social nature; informing about the means of HIV / AIDS prevention at the community, family and individual level; informational support for the continuous improvement of professional skills for

public representatives; informational and technical support of interaction between the subjects of management.

The issues of improving mechanisms of public interaction in the field of HIV / AIDS in Ukraine were considered through the prism of the study of foreign experience of decentralization of services in the field of counteraction to HIV / AIDS and the prospects for implementation of its results in Ukraine; definition of the main directions of improvement of state and public interaction in the field of counteraction to HIV / AIDS and the development on this basis of a functional and organizational model of integration of civic organizations in the field of counteraction to HIV / AIDS in the context of decentralization of management.

It has been determined that the cooperation of state bodies with public organizations proves its high efficiency in practice. It is through the use of cooperation between public institutions and the public in the area of countering the spread of HIV / AIDS that can significantly stabilize the epidemic and reduce the rate of growth both in morbidity and mortality.

Analysed expert research data were used in the development of a functional and organizational model for the integrated participation of civic organizations in the field of counteraction to HIV / AIDS in the context of decentralization of management. The implementation of this model involves the sharing of forms and methods of work, depending on the contingent of the population: healthy or HIV-infected, and includes the differentiation of services between medical representatives and non-governmental organizations in the framework of cooperation. A key idea in achieving this goal was the consistent decision of the priority problem of increasing the effectiveness of activities aimed at reducing the rate of HIV / AIDS epidemic in Ukraine and increasing the availability and quality of medical and social assistance to HIV-infected and AIDS patients with the involvement of general practitioners as family doctors and non-governmental organizations in this process.

It is substantiated that at the current stage (phase) of development of the health care system, the quality of medical care is considered as the main target function and at the same time the criterion of the health system activity from its lower level as the medical and preventive institution, to the upper one as the Ministry of Health of Ukraine. Quality assurance in the provision of medical care in most countries is seen as the basis of national health policy. Quality assurance programs have been adopted and implemented in the most EU countries.

Effectiveness and clarity of the functioning of all stages of state and public cooperation in the field of counteraction to HIV / AIDS are possible with their coordinated interaction only. Therefore, state and territorial health authorities, medical associations, educational institutions, health care institutions, service organizations should be guided by a single strategy and conceptual approaches to improving the quality of service delivery at all levels.

Keywords: mechanisms of public administration in the field of counteraction to HIV / AIDS, state and public interaction, structural and functional model of integration of civil society institutions, subjects of governance, and decentralization of management.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:

1. Лучинська О. В. Нормативно-правове забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширення ВІЛ/СНІДу в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління: наук. фахове вид.* Запоріжжя, 2016. № 2(54). С. 63–68.
2. Лучинська О. В. Суб'єкти державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. *East European Scientific Journal: наук.-практ. журн.* Warsaw (Poland), 2016. № 6(10). С. 53–57.
3. Лучинська О. В. Інституційне забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. *Актуальні*

проблеми державного управління: зб. наук. пр. ОРІДУ. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. Вип. 2(66). С. 74–78.

4. Лучинська О. В. Інформаційний механізм державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. *Ефективність державного управління*: зб. наук. пр. Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2016. С. 214–223.

5. Лучинська О. В. Шляхи удосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. *Інвестиції: практика та досвід*: наук.-практ. журн. Київ, 2017. № 17. С. 124–131.

6. Лучинська О. В. Удосконалення механізмів державно-громадської взаємодії в сфері протидії ВІЛ/СНІДу. *Державне управління: удосконалення та розвиток*: електрон. наук. фахове вид. Київ, 2017. Вип. 9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1125>.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

7. Лучинська О. В. Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ інфекцію в Україні. *Реабілітація та паліативна медицина*: наук.-практ. журн. Київ, 2016. № 1(3). С. 97–98.

8. 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. аспірантів та докторантів із держ. упр. (27 трав. 2016 р., Одеса). Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. С. 112–116.

9. Лучинська О. В. Інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширення ВІЛ/СНІДу. *Взаємозв'язок політики і управління: теоретичний і прикладний аспект*: матеріали круглого столу / за заг. ред. С. О. Шевченка. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2016. С. 83–85.

10. Лучинська О. В. Соціальний захист та соціальна безпека людини і суспільства в сфері ВІЛ/СНІДу. *Проблеми управління соціальним і гуманітарним розвитком. Державне управління освітою: виклики часу*:

матеріали ІХ регіон. наук.-практ. конф. за міжнар. участю та круглого столу / за заг. ред. С. О. Шевченка. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2015. С. 196–199.

11. 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 щоріч. наук.-практ. конф. за міжнар. участю. (5–6 лис. 2015 р., Київ). Київ: НАДУ, 2015. С. 173–175.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	16
ВСТУП	18
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВЗАЄМОДІЇ З ГРОМАДСЬКІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ	27
1.1. Взаємодія з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ як об'єкт наукових досліджень	27
1.2. Інституалізація державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ в Україні	41
1.3. Методологічні підходи в реалізації взаємодії держави з громадськістю у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ (стандартизація, акредитація, ліцензування)	50
Висновки до розділу 1	65
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНО-ГРОМАДСЬКОЇ ВЗАЄМОДІЇ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ	67
2.1. Інтенсивність епідемічного процесу як індикатор якості управлінської діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ	67
2.2. Механізми взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ в Україні	79
2.3. Роль громадських організацій у державному управлінні з протидії ВІЛ/СНІДУ в Україні	100
Висновки до розділу 2	114
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ВЗАЄМОДІЇ З ГРОМАДСЬКІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ	117
3.1. Зарубіжний досвід децентралізації послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ та перспективи впровадження її результатів в Україні	117
3.2. Напрями удосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ в Україні	142
3.3. Функціонально-організаційна модель інтеграції громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ в умовах децентралізації управління	162
Висновки до розділу 3	176
ВИСНОВКИ	179
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	184
ДОДАТКИ	213

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АКСМ	– Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація
ВААРТ(АРТ)	– високоактивна антиретровірусна терапія (антиретровірусна терапія)
ВБО	– Всеукраїнська благодійна організація
ВБФ	– всеукраїнський благодійний фонд
ВІЛ	– вірус імунodefіциту людини
ГФ	– Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКВС України	– Державна кримінально-виконавча служба України
ЖКС	– жінки комерційного сексу
ЗОЗ	– заклади охорони здоров'я
ЗПТ	– замісна підтримувальна терапія
ІЕІХ НАМН України	– ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України»
ІПСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом
КМУ	– Кабінет Міністрів України
ЛВІН	– люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	– люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗП/СЛ	– лікар загальної практики/сімейний лікар
МіО	– моніторинг і оцінювання
МЛ	– міська лікарня
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я України
МОМ	– міжнародна організація міграції
МОП	– Міжнародна організація праці
МФО	– міжнародні фінансові організації
НАМН	– Національна академія медичних наук України
НДСЛ	– Національна дитяча спеціалізована лікарня
«ОХМАТДИТ»	«ОХМАТДИТ»
НУО	– неурядова організація
ОІ	– опортуністична інфекція
ОСБ	– особи секс бізнесу
ПАР	– психоактивні речовини
ПРООН	– Програма розвитку ООН
РЦ СНІД	– регіональний центр профілактики та боротьби зі СНІДом
СБ	– Світовий банк

СІН	– споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	– синдром набутого імунodefіциту
ТБ	– туберкульоз
ТМО	– територіальне медичне об'єднання
УВКБООН	– Управління Верховного комісара ООН у справах біженців
ФНООН	– Фонд народонаселення ООН
ЦРЛ	– центральна районна лікарня
ЦРЛ	– центральна районна лікарня
ЦРТ	– Цілі Розвитку Тисячоліття
ЧСЧ	– чоловіки, які практикують сексуальні стосунки з чоловікам
ЮНЕЙДС	– Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІД
ЮНІСЕФ	– Дитячий фонд ООН
CDC	– Центри по контролю захворювань США
GIZ	– Німецьке товариство з міжнародного співробітництва
PEPFAR	– Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД
SMART	– критерії постановки завдань. Конкретна, Вимірювана, Досяжна, Доцільна, Обмежена в часі.
SWOT-аналіз	– технологія (процес) стратегічного планування
USAID	– Агентство США з міжнародного розвитку

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Понад три десятиліття проблема ВІЛ-інфекції/СНІДу залишається актуальною для світової спільноти, адже масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини набули глобального характеру і постають реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу. Сьогодні в Україні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції залишається напруженою – продовжується поширення захворювання серед населення, зростає кумулятивна кількість ВІЛ-інфікованих осіб і хворих на СНІД. Питання протидії інфекції є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань України, зокрема щодо виконання Декларації Цілей розвитку тисячоліття Організації Об'єднаних Націй та Політичної декларації Організації Об'єднаних Націй з активізації зусиль для викорінення ВІЛ/СНІДу.

Одним із завдань Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки є зниження рівня захворюваності і смертності шляхом забезпечення державою сталості системи надання якісних і доступних послуг із профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки хворих у контексті реформи системи охорони здоров'я. Досягненню визначеної програмної мети перешкоджає існування низки таких проблем у сфері управління: на рівні державного сектору практично не передбачені послуги з догляду та підтримки інфікованих; оцінка ефективності фінансових витрат не є обов'язковим компонентом у стратегічному плануванні протидії епідемії; практично всі медичні заходи зосереджені на рівні служби СНІДу; ресурси і можливості первинної та вторинної медико-санітарної допомоги практично не використовуються тощо.

Відповіддю на виклики епідемії ВІЛ/СНІДу, які постають сьогодні перед Україною, покликане стати реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, ефективне функціонування якої мають забезпечити науково

обґрунтовані механізми державного управління. Виходячи з цього, не підлягає сумніву необхідність дослідження проблеми вдосконалення механізмів взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Теоретико-методологічні засади державного управління у сфері соціального захисту, взаємодія з громадськими організаціями, шляхи вирішення ключових питань реалізації державної соціальної політики досліджували українські вчені: В. Авер'янов, М. Білинська, Н. Діденко, М. Кравченко, О. Корольчук, О. Лебединська, В. Наместнік, А. Мерзляк, О. Петроє, А. Попок, В. Скуратівський, В. Трощинський, М. Попов та ін.

Окремі аспекти формування та розвитку сучасної системи протидії ВІЛ/СНІДу в Україні висвітлені у працях: Т. Бордуніс, Т. Дешко, Т. Семигіної, Є. Романенко, В. Рудого, О. Сафіного, І. Сенюти, П. Скали, О. Тараханіч, А. Толопило, І. Хожило, О. Худоби, А. Якобчука та ін. Питання стандартизації державних послуг, співвідношення соціальних послуг із публічними та адміністративними досліджували: М. Іжа, Н. Кабаченко, І. Коліушко, В. Марущак, І. Парубчак, О. Поляк, С. Серьогін, Л. Сідельнік, Л. Скоропад, В. Сороко, І. Студеняк, В. Тимощук, О. Черниш, Г. Чміленко, О. Шапран, Н. Ярош та ін.

Незважаючи на активізацію дослідницьких зусиль у згаданих напрямках, наукова проблема щодо вдосконалення механізмів взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні ще не була спеціальним предметом комплексного наукового аналізу. З огляду на це, виникає об'єктивна потреба в обґрунтуванні теоретичних підходів щодо вдосконалення механізмів державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, її моніторингу та визначенні ефективності; розробці практичних рекомендацій щодо застосування державно-громадської співпраці в досліджуваній сфері. У контексті викладеного вище і обґрунтовується вибір автором теми дисертації, виділення її в окремий напрям наукового

дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконане в рамках науково-дослідних робіт Національної академії державного управління при Президентові України за темами: “Формування національного соціогуманітарного простору як складова євроінтеграційної стратегії України” (номер державної реєстрації 0115U004073), “Аналіз соціогуманітарної політики у контексті інтеграції та консолідації українського суспільства” (номер державної реєстрації 0117U002860), що розроблялися кафедрою соціальної і гуманітарної політики Національної академії, у процесі виконання яких автором визначено, класифіковано й теоретично обґрунтовано механізми державного управління у взаємодії з громадськістю з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, розкритті їх змісту, сутності, визначенні й обґрунтуванні принципів їх розроблення та впровадження, дослідженні відповідного зарубіжного досвіду і аналізі можливостей його впровадження в Україні, а також стану вітчизняної системи протидії поширенню ВІЛ/СНІДу.

Мета і завдання дослідження. Метою дисертаційної роботи є наукове визначення теоретичних підходів та надання практичних рекомендацій з удосконалення механізмів взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Для досягнення мети було поставлено такі *завдання*:

- дослідити стан розробленості проблеми взаємодії державних інституцій з громадськістю у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні в науці державного управління та уточнити сутність поняття “державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу”;
- обґрунтувати роль інституцій громадянського суспільства в організації Національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні;
- проаналізувати механізми державно-громадської взаємодії в системі державного управління з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, а саме

нормативно-правовий, інституційний та інформаційний механізми;

- вивчити зарубіжний досвід функціонування моделей державно-громадської взаємодії з протидії ВІЛ/СНІДу на основі визначення компонентів, критеріїв, показників і рівнів взаємодії;
- розробити функціонально-організаційну модель інтегрованої участі громадського сектору у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в умовах децентралізації управління.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини, що склались у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Предмет дослідження – взаємодія держави та громадськості щодо протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

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

ВІЛ/СНІДу в Україні).

Теоретико-методологічною основою дисертації стали фундаментальні положення теорії державного управління, дослідження українських і зарубіжних науковців та практиків щодо державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Нормативно-правовою та емпіричною базою дослідження є закони України, укази Президента України, постанови Кабінету Міністрів України, офіційні дані Державної служби статистики України, Міністерства охорони здоров'я України, інших міністерств і відомств. Як джерела інформації використано теоретичні та методичні розробки вітчизняних і зарубіжних учених, монографії, наукові публікації, звітні матеріали наукових досліджень і розробки Національної академії тощо.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у вирішенні актуального наукового завдання щодо визначення теоретичних підходів та надання практичних рекомендацій з удосконалення механізмів взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Зокрема в дисертації

вперше:

- на основі системного аналізу та комплексного дослідження стану наукової розробки проблеми державно-громадської взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу розроблено функціонально-організаційну модель інтегрованої участі громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в умовах децентралізації управління, яка структурно передбачає розподіл форм і методів профілактичної роботи в залежності від цільової групи управлінського впливу (здорові чи ВІЛ-інфіковані особи) та забезпечує ефективність управлінської діяльності на засадах диверсифікації пакету послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу між суб'єктами державно-громадської взаємодії. Складовими даної моделі визначено види допомоги та умови впровадження, система інформаційного забезпечення та групи

комунікативного впливу, а сім'я виступає центральним об'єктом державно-громадської взаємодії на рівні територіальної громади;

удосконалено:

- понятійно-категорійний апарат державного управління, зокрема запропоновано визначення поняття “державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу” з позицій структурного та процесного підходів, яке слід розуміти як сукупність загально-профілактичних та спеціальних програм, реалізованих, виходячи з потреб епідеміологічної ситуації, мережі багатофункціональних установ, органів управління й підвідомчих їм організацій, що провадять свою діяльність шляхом прийняття різноманітних управлінських рішень на основі міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії та раціонального розподілу повноважень між суб'єктами управління. Уточнено поняття “соціально небезпечні хвороби”, “державне управління профілактикою ВІЛ/СНІДу”, “механізми державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу”;

- структуризацію стратегічних напрямів удосконалення механізмів державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема в частині нормативно-правового забезпечення взаємодії в умовах децентралізації управління та приведення у відповідність до норм міжнародного права (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ). Інституційний механізм державно-громадської взаємодії в умовах децентралізації послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ пропонується вдосконалити на рівні територіальної громади на основі застосування технології горизонтального мережування (networking). Автором визначена структурна основа інформаційного забезпечення державно-громадської взаємодії в умовах децентралізації послуг та умови його реалізації на двох комунікативних рівнях (внутрішній, зовнішній);

- обґрунтування ролі громадського сектору щодо протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на основі ідентифікації його загальних та спеціальних

функцій управління; виокремлення пріоритетних форм державно-громадської взаємодії; обґрунтування цілісності реалізації суб'єктної ролі громадськості в спільній управлінській діяльності на чотирьох рівнях управління – міжнародний, національний рівень, рівень територіальної громади та рівень індивідуального впливу. На основі визначення характеристик суб'єктів взаємодії, їх основних рис, функцій і властивостей, обґрунтовано етапність розвитку державно-громадської взаємодії;

набули подальшого розвитку:

- основні характеристики зарубіжних моделей управління у сфері ВІЛ/СНІДу в умовах децентралізації (змішана, централізована модель та модель “Хаб” (центральный сайт-сателіт); напрями адаптації зарубіжного досвіду щодо взаємодії держав та неурядових організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, аргументація необхідності реформування вітчизняної системи надання медичних та немедичних послуг ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД, гармонізації, адаптації та приведення її у відповідність з міжнародними вимогами, нормами і стандартами (стандартизація, акредитація, ліцензування послуг). Підтверджено, що застосування принципів партнерства, багаторівневості, міжгалузевості є пріоритетним напрямом міжсуб'єктної взаємодії.

Практичне значення одержаних результатів. Основні концептуальні положення, висновки та рекомендації дисертаційної роботи мають практичне спрямування та можуть бути враховані, як у процесі вдосконалення механізмів державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, так і при реформуванні системи охорони здоров'я. Висновки та рекомендації дослідження було використано:

- Комітетом з питань охорони здоров'я Верховної Ради України при підготовці інформаційно-аналітичних матеріалів та резолюції “круглого столу” на тему “Розвиток системи громадського здоров'я в Україні”, що

проводився 22 квітня 2016 року (від 13.06.2017 довідка № 04-25/14-563 (137843);

- Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика при підготовці циклів тематичного вдосконалення лікарів “Консультавання і тестування на ВІЛ-інфекцію” (акт про впровадження від 02.12.2016);

- Управлінням охорони здоров'я Дніпровської районної у місті Києві державної адміністрації (довідка про впровадження від 02.06.2016 № 8/90 – К).

Особистий внесок здобувача. Дисертація є самостійною науковою працею. Основні ідеї дисертаційного дослідження і розробки, що виконані в його межах, у тому числі й ті, що характеризують наукову новизну, методологічні засади та методичні підходи до вирішення завдань, практичне значення одержаних результатів належать особисто здобувачеві.

Апробація результатів дисертації. Положення, результати, які викладено в дисертації, обговорювалися на засіданнях кафедри соціальної і гуманітарної політики Національної академії державного управління при Президентові України. Основні наукові ідеї, положення, висновки дисертаційного дослідження були оприлюднені на науково-комунікативних заходах, зокрема: “Публічне управління: шляхи розвитку” (м. Київ, 26.11.2014); “Економіка України від кризи до кризи: особливості, наслідки та алгоритми подолання” (м. Київ, 28.11.2014); “Латвія та Україна в Європі. Досвід і можливості” (м. Київ, 18.12.2014); “Дні інформаційного суспільства-2015” (м. Київ, 19.05.2015); “Інституційне забезпечення кадрової політики у державному управлінні: становлення та розвиток” (м. Київ, 29.05.2015); “Державне управління освітою: виклики часу” (м. Дніпропетровськ, 26.11.2015); II Національний конгрес з паліативної допомоги (м. Київ, 01-03.10.2015); “Взаємозв'язок політики і управління: теоретичний і прикладний аспект” (м. Дніпропетровськ, 03.06.2016); “Державне управління в Україні:

історія державотворення, виклики та перспективи” (м. Одеса, 27.05.2016).

Публікації. Загальні положення та зміст дисертації відображено в 11 працях, зокрема в 6 статтях у наукових фахових виданнях з державного управління, у т.ч. 1 - у зарубіжному виданні, 5 працях апробаційного характеру.

Структура та обсяг дисертації. . Дисертаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Повний обсяг дисертації становить 225 сторінок, обсяг основного тексту – 183 сторінки. Список використаних джерел включає 271 найменування (28 з яких іноземних). Робота містить 13 рисунків, 6 таблиць і 5 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВЗАЄМОДІЇ З ГРОМАДСЬКІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ

1.1. Взаємодія з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу як об'єкт наукових досліджень

Сьогодні проблема ВІЛ/СНІДу не є суто медичною, це одна з найбільших загроз для соціально-економічного прогресу в світі. В Україні епідемія ВІЛ/СНІДу, за висновками експертів та результатами досліджень, – це один із важких викликів суспільству, що становить загрозу національній безпеці країни [104, с. 3] Темпи поширення та масштаби цього захворювання зумовлюють новизну та різноаспектність даної проблематики у різних галузях сучасної науки, йу тому числ і в науці державного управління.

Оскільки питання ефективного впливу на зниження темпів поширення ВІЛ/СНІДу давно вийшли за межі медичної галузі, то й основою проведених досліджень у даній сфері є здебільшого багатогалузевий підхід. Міждисциплінарний характер проблеми управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу, як зазначають вітчизняні науковці, вимагає синтезу досягнень у таких наукових галузях, як медицина, біологія, соціологія, економіка, політологія, культурологія, психологія, педагогіка, географія, юридичні науки тощо. Державно-управлінська проблематики контролю над цією епідемією виявляється в особливому фокусі теоретичного осмислення, насамперед, соціальної та біологічної сутності феномену ВІЛ/СНІДу і практичного підходу до розробки основних напрямів ефективного управлінського впливу щодо стабілізації темпів поширення цієї хвороби серед населення України. Зокрема, це пов'язано зі специфікою предмета науки державного управління, який окреслює закономірності функціонування системи державного управління і

певною мірою – суспільних процесів як об’єктів державно-управлінського впливу [225].

Теоретико-методологічне підґрунтя для системного розгляду проблеми протидії ВІЛ/СНІДу створили праці таких учених, як М. Варбан, І. Герич, З. Гладун, О. Джужа, Ю. Кисельова, О. Лазор, В. Москаленко, Г. Піщенко, Я. Радиш, Н. Солоненко, В. Тимошенко, О. Шевчук, А. Щербинська, які приділяли увагу правовим аспектам державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу; О. Балакірева, Н. Баранова, Ю. Галустьян, О. Яременко присвятили свої роботи вивченню соціально-економічних наслідків епідемії; Л. Бочкова, Н. Гражданов, Ю. Кобища, Ю. Круглов досліджували питання забезпечення контролю за епідеміологічним процесом. Слід також згадати таких вітчизняних науковців, як Т. Александрина, Л. Беленська, Н. Жилка, О. Лапушенко, Н. Рингач, В. Рудий, Т. Семигіна, О. Федько, О. Худоба, Ю. Юрченко, А. Якобчук, які здійснювали розробку окремих аспектів проблеми протидії поширенню ВІЛ/СНІДу. Проте, слід констатувати недостатню кількість ґрунтовних комплексних наукових досліджень з проблем державно-громадської взаємодії в даній сфері.

Аналіз наукової літератури засвідчив, що фахівці іноді використовують діаметрально протилежні за своєю суттю теорії щодо вирішення питань протидії ВІЛ/СНІДу. Так, на думку вітчизняного дослідника О. Федька в сучасному світі смертність від інфекційних хвороб не є домінуючою причиною як це було у минулих століттях, а навпаки у сучасному світі швидкими темпами зростає смертність населення від серцево-судинних хвороб, онкозахворювань та психічних розладів (“Здоров’я у системі цінностей сучасного українського суспільства”//Інвестиції: практика та досвід. - № 23. – 2009. – С. 82-85). Дослідник переконує, що в етіології зазначених груп хвороб однією з основних складових є спосіб життя. Але не можемо погодитись повністю з цією тезою, адже автор, скоріш за все мав на увазі класичні інфекційні хвороби, а парадокс ВІЛ/СНІДу полягає саме у тому, що

ця хвороба виникає і швидко поширюється на відміну від класичних інфекцій не крапельковим шляхом чи шлунково-кишковим трактом, а має статевий, парентеральний (ін'єкційний) чи вертикальний спосіб передачі. Тобто в його основі закладена ризикова поведінка в соціумі, тобто неправильний спосіб життя. Ураховуючи високу смертність від хвороб, що виникають через неправильний спосіб життя, О.Федько вважає засадничим принципом державної стратегії протидії поширенню таких хвороб пропаганду здорового способу життя. Так, у 1995 р. понад 350 представників різних країн започаткували так звану Веронську ініціативу, наслідком якої стала спеціальна програма Європейського офісу Бюро ВООЗ "Інвестиції в здоров'я", у якій визначено, що здоров'я має бути головним політичним пріоритетом для урядів усіх країн Європи. Тож повною мірою це твердження відноситься й до проблематики державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ, яка є актуальною управлінською проблемою.

Опоненти доктрини СНІДу Пітер Дюсберг, Антал Макк, Брайн Еллісон, Джон Лоріцен та інші взагалі вважають дану проблему надуманою. Однак офіційно визнаними на сьогодні є позиції урядів багатьох країн, зокрема й України, щодо врегулювання проблем у цій сфері та надання їм пріоритетного значення. Тож як бачимо, вирішення проблеми поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу стало своєрідним критерієм, який визначає рівень демократичності держави.

На підставі узагальнення матеріалів різних авторських підходів [225] до розгляду причин виникнення та персистенції епідемії ВІЛ/СНІДу в українському суспільстві визначають п'ять груп детермінант, які впливають на розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу: макрофактори, соціально-економічне середовище, індивідуальна поведінка, біомедичні фактори, управлінські аспекти. Основними проблемами управління у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні є: недостатня практика застосування стратегічного планування, що базується на науково обґрунтованих даних та 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 та оцінки; відсутність повноцінної координаційної функції з боку національного координатора тощо.

Не зважаючи на те, що стратегію боротьби з епідемією ВІЛ/СНІДу 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/СНІДу, дієвість державної політики можна оцінити за допомогою таких критеріїв, як ефективність, результативність та економічність. Однак особливість цього процесу полягає в тому, що головна увага при оцінці цих показників приділяється не стільки отриманню певних результатів з найменшими затратами ресурсів, а також не стільки ресурсам та структурі, як наслідкам діяльності системи, зокрема досягненню конкретних результатів [231].

За типом чинників, що впливають на процеси розвитку державного управління, виокремлюють політичні, економічні, соціальні, організаційні та правові механізми, які зазвичай використовуються комплексно. Тож механізми формування та реалізації державної політики, зокрема у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, О. Худоба розглядає як систему політичних, економічних, соціальних, організаційних та правових засобів цілеспрямованого впливу органів державного управління [231].

Як засвідчив всебічний аналіз наукових джерел, незадовільний стан здоров'я населення та високий рівень смертності в Україні великою мірою пов'язаний не стільки з кількісними показниками ВІЛ/СНІДу, скільки з швидкими темпами її поширення. Разом з тим, в Україні існують значні розбіжності в показниках, що формуються на місцевому рівні та

характеризують розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу в регіонах. Такі розбіжності є наслідком відсутності державного впливу на процеси формування єдиних принципів розробки та реалізації регіональної політики з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, здійснення стратегічного планування профілактичних заходів та експертно-аналітичного супроводу регіональних профілактичних програм.

Слід констатувати, що увага науковців до проблеми державного контролю за поширенням соціально небезпечних хвороб в Україні є недостатньою [227]. Так, профілактика ВІЛ/СНІДу як наукова проблема почала активно розроблятися в Україні тільки з 2004 р. і є найбільш дослідженою в галузі медичних наук, тоді як у галузі державного управління вона довгий час залишалася поза увагою науковців. Дослідження сутності поняття “профілактика” крізь призму державно-управлінського підходу дало можливість встановити, що термін “профілактика” має багатofункціональне значення, що й визначає його структурну композицію, видову належність, об’єктоспрямованість управлінської діяльності [225].

Вартий уваги науковий внесок у дослідження поняття “профілактика” вітчизняних учених Н. Борецької, В. Москаленка, Н. Нижник, Я. Радиша, В. Скуратівського, І. Солоненка та інших. Проте в конкретних підходах до вивчення процесів, пов’язаних із виникненням та поширенням раніше невідомих збудників інфекційних невиліковних хвороб, проти яких у сучасному світі не існує вакцин, у вітчизняній системі державного управління охороною здоров’я не склалося усталеного тлумачення багатьох суспільних явищ.

Зазначимо, що захворюваність на ВІЛ/СНІД в Україні має основні ознаки соціально небезпечної хвороби, а тому профілактика ВІЛ/СНІДу є об’єктом державного управління та пріоритетом державної політики України у сфері охорони здоров’я. Основними напрямками реалізації державної та регіональної політики щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу слід визнати заходи щодо запобігання інфікування ВІЛ та щодо догляду, підтримки й лікування

ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. А відтак, проблема формування та реалізації заходів державного впливу з метою стабілізації поширення темпів епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальною управлінською проблемою, яка потребує неординарних підходів та більш ґрунтовного дослідження на новому теоретико-методологічному підґрунті [190; 225]. .

Деякі вчені розглядають взаємодію як процес спільної практичної, теоретичної, комунікативної діяльності і соціальної поведінки як мінімум двох осіб, груп або спільнот, під час якого вони впливають один на одного, що породжує їх взаємозумовленість як чинник соціальної інтеграції. Енциклопедичний словник, в свою чергу, дає таке визначення: “взаємодія – це процес встановлення контактів і зв’язку між суб’єктами-об’єктами, який призводить до взаємних змін” [206, с. 70].

Традиції і досвід функціонування громадських організацій сфери протидії поширення ВІЛ/СНІДу в Україні порівняно з досвідом функціонування відповідних зарубіжних неурядових організацій є значно меншим.

Вітчизняні науковці А.Матвійчук та Л.Усаченко, досліджуючи зарубіжний досвід функціонування неурядових організацій, розрізняють кілька типових моделей: корпоративну (або континентально-європейську), англосаксонську (або ліберальну), скандинавську (або соціально-демократичну) та середземноморську.

За англосаксонської моделі громадські організації виконують незалежну від державних та комерційних структур виробничу й комунікативну функції щодо здійснення великої частки соціальної роботи. Така модель властива для Сполучених Штатів Америки, Канади (в американській частині), Швейцарії, Великої Британії, Ірландії, Австралії і Нової Зеландії.

Континентально-європейська модель притаманна для ФРН, Австрії, Італії, Бельгії, Франції та Нідерландів. У цих країнах, на противагу ідеології індивідуалізму, значно розширюється роль держави, вона бере участь у

стимулюванні економічного зростання, забезпечує програми соціального захисту та соціальні інвестиційні проекти. За участю держави створюються численні фонди, фінансування яких передбачається в бюджетних статтях. Реалізація зазначених проектів здійснюється у тісній співпраці з деякими великими громадськими об'єднаннями.

На території Швеції, Норвегії, Фінляндії, Данії отримала розповсюдження скандинавська модель. Вона характеризується достатньо “недавнім” сектором громадських організацій, що створений на базі організацій, згуртованих навколо сфери діяльності, а не ідеологічних установок. Переважна більшість громадських організацій лобіює інтереси своїх членів, а не громадськості загалом.

Середземноморська модель відображає діяльність громадських організацій у Іспанії, Португалії та Греції. Сектор неприбуткових організацій в цих країнах менш вагомий, ніж за попередніх моделей через значні обмеження (чи навіть заборони), що встановлювались протягом різних історичних етапів. Зокрема, періоди диктатури негативно позначилися на функціонуванні НУО у цих країнах. Громадські об'єднання є традиційно слаборозвиненими, оскільки сильний соціальний зв'язок тут забезпечується через сім'ю та церкву [220, 85].

Окрім територіальних розрізненостей та особливостей співіснування державного і громадського секторів слід звернути увагу на джерела фінансування громадських організацій. Д. Горелов дійшов висновку, що державна політика щодо фінансування громадського сектору в європейській практиці головним чином обумовлюється ставленням держави до третього сектору як рівноправного партнера та вагомому чинника розвитку суспільства. Як правило, така політика супроводжується наявністю добре розвинутої системи надання державної підтримки третьому сектору, що встановлюється на загальнодержавному політичному рівні законом, урядовим політичним документом або двостороннім договором, постановами інших органів тощо.

Автор зазначає, що масштаб інтеграції державного і недержавного секторів у європейських країнах різний, відрізняється і пошук ефективних підходів до співпраці. Таким чином можливо охарактеризувати моделі за рівнем державної фінансової підтримки громадських організацій.

Диференціація моделей функціонування неурядових організацій у західних наукових джерелах дещо відрізняється від наведених вище моделей. Зокрема, обґрунтовуються три основні моделі участі громадських організацій у формуванні міжнародного законодавства: ліберальна, “модель зацікавлених сторін” (stakeholder model) та пост-національна модель (post-national model).

Ліберальна модель залишає за державою роль основного місця прийняття рішень, дозволяючи при цьому непрямий вплив НУО на участь у прийнятті міжнародних рішень.

“Модель зацікавлених сторін” розглядає громадські організації виключно в контексті міжнародних громадських організацій. Ця модель пояснює і виправдовує зростаючу, безпосередню роль громадських організацій в міжнародних організаціях, визначає нормативно-правову базу для діяльності громадських організацій на міжнародному рівні.

Пост-національна модель розглядає громадські організації як фрілансерів, тобто вільнонайманців, що самі обирають проекти для своєї діяльності. Таким чином пост-націоналізм підкреслює здійснення влади поза межами держави та міжурядових структур [22].

О.Сунгуров, досліджуючи можливі моделі взаємодії органів державної влади та структур громадянського суспільства на пост-радянському просторі (зокрема в Росії), виділяє три можливі варіанти: співпраця, відсутність співпраці (ігнорування) та конфронтація. При цьому автор відзначає, що співпраця може бути як партнерською, що передбачає певну рівність сторін, так і побудована на домінуванні, аж до повного підпорядкування однієї з сторін (на думку О.Сунгурова, домінуючу роль в російському суспільстві може відігравати виключно держава). О.Сунгуров також відзначає, що на

кожному із етапів суспільно-політичного розвитку зазвичай паралельно функціонує кілька моделей, однак завжди можна виділити основну [210].

Вітчизняні дослідники, що досліджують проблемне поле у сфері управління епідемією ВІЛ/СНІДу, вказують на низьку ефективність існуючої в Україні державно-управлінської діяльності щодо стримування темпів епідемічного зростання захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію/СНІД [241, с. 75-81.].

Водночас, міжнародний досвід засвідчує, що в управлінні соціально обумовленими хворобами слід більш активно впроваджувати механізми міжгалузевої співпраці [258, с. 30.], що збільшує управлінський ресурс за рахунок залучення різних інституцій як державного сектору, так і приватного, у тому числі ресурси міжнародного співтовариства.

Окремі аспекти взаємодії державних установ і недержавних організацій розглядалися як зарубіжними, так і вітчизняними науковцями, а саме: взаємодія на рівні громади (Т. Басюк, І. Зверєва [7]); соціальне партнерство (Т. Дешко [30; 138]; вплив міжнародних ініціатив в галузі ВІЛ/СНІД на формування та реалізацію політики охорони громадського здоров'я, а також на формування громадянського суспільства в Україні (Т. Семигіна [191]); взаємодія соціальних служб із громадою (С. Толстоухова, В. Андрущенко, В. Бех, В. Башкірєв [206]); менеджмент взаємодії (С. Терницька [212 – 214], В. Якимець [240]).

Так, вітчизняна дослідниця Н. О. Рингач у своїй монографії “Громадське здоров'я як чинник національної безпеки” (Київ, НАДУ, 2009 р.) вказує, що у висновках Звіту з людського розвитку-2006 “Людський розвиток і європейський вибір України” наголошується на необхідності зосередити увагу на усуненні причин щодо уповільнення темпів поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу через механізми упровадження Цілей Розвитку Тисячоліття (ЦРТ) в процес розроблення та реалізації національної стратегії розвитку. Такий підхід, на думку дослідниці, забезпечить соціальну спрямованість

реформування всіх сфер економіки, соціалізацію всіх складових економічної політики. Адже досвід європейських країн свідчить, що перспективи досягнення ЦРТ тісно пов'язані з якістю та ефективністю управління. У Регіональній доповіді про ЦРТ у країнах Європи і СНД відзначається покращання державного управління, а також сприйняття країнами ЦРТ як пріоритетів розвитку, створення умов для більш відповідальної політики. Тому серед основних управлінських підходів до цього дослідника виділяє такі:

- підвищення консолідуючої ролі уряду;
- узгодження цілей з основними положеннями програмних документів (на національному та місцевих рівнях);
- мобілізація ресурсів для досягнення цілей відповідно до визначених критеріїв;
- міжсекторальна взаємодія і узгодженість між різними гілками та органами державної влади;
- локалізація та інкорпорація ЦРТ у систему прогнозно-програмних документів;
- залучення широкого кола експертів та представників НУО до процесу прийняття рішень;
- поінформованість суспільства, забезпечення контролю громадськості, доступу до оперативного моніторингу індикаторів для своєчасного реагування, коригування соціально-економічної політики в разі потреби.

Отже, як бачимо, широка громадська участь і зацікавленість є запорукою досягнення ЦРТ через створення ефективного механізму співпраці між державними інституціями та організаціями громадянського суспільства.

Линник С. О. досліджуючи пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я України щодо реалізації міжнародних стратегій у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДу вказує на необхідності запровадження нових підходів до організації послуг з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих,

якісних змін у роботі медичних закладів, неурядових організацій і громадських об'єднань [76].

Дослідниця Н. Майструк акцентує, що подолання проблеми ВІЛ/СНІДу можливо лише шляхом об'єднання зусиль, тобто завдяки застосуванню стратегії міжсекторальної взаємодії, яка є найбільш ефективною у напрямку первинної профілактики інфекції [83].

Н. Нізова наголошує, що одним з найважливіших чинників формування відповіді на епідемію в Україні є партнерство з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, який протягом останніх восьми років надає Україні фінансову допомогу у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Тобто стосунки держави і міжнародної громадської організації вона розглядає на рівні партнерства [105].

Дослідниця наголошує, що основними реципієнтами за цим грантом є дві громадські організації – Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні та Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом. В той же час Грантові кошти планують використати для зміцнення спроможності служби протидії СНІДу на національному та регіональному рівнях, що надасть змогу, починаючи від 2017 р., впроваджувати ефективні заходи щодо подолання епідемії СНІДу в Україні без фінансової допомоги з боку донорів.

Як бачимо, на сьогодні вчені актуалізували такі аспекти управління, як сучасний стан та шляхи вдосконалення законодавства України у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу; дослідження сутності державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні; проблеми, прогнози, управлінські рішення з питань запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу. Але, слід зазначити, що наявні наукові публікації є методично розрізненими, базуються на різних теоріях і підходах, мають неузгодженість понятійно-категоріального апарату. Тому цілком слушною є систематизація теоретичних положень про механізми формування та реалізації державної політики України у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу на основі визначення та узгодження

стратегічної мети і завдань, сукупності суб'єктів, об'єктів, принципів, методів, засобів та способів державного управління даною сферою.

Проведений аналіз вищезазначених наукових досліджень вказує на те, що сучасні державні й громадські інституції, які працюють у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, мають певний досвід і потенціал для реалізації ефективної політики в даній сфері. Організації громадянського суспільства відіграють важливу роль у зміщенні акценту політичного середовища України в бік більш прогресивного напрямку, а органи влади стають більш відкритими для співпраці з громадянським суспільством.

У широкому розумінні під „державно-громадським партнерством” розуміють взаємодію інститутів державної влади та громадянського суспільства, як таких самоорганізаційних елементів державно-управлінської системи, які володіють концентрованими формами демократії у напрямку реалізації спільної діяльності. Це не просто поєднання та розподіл повноважень, а сукупна координація компетенцій державного управління та громадського самоврядування [183, с. 209]. Але стосовно заявленої теми дослідження запропоновано визначення поняття “державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу”, яке слід розглядати з позицій структурного та процесного підходів як сукупність загально-профілактичних та спеціальних програм, реалізованих виходячи з потреб епідеміологічної ситуації, мережі багатофункціональних установ, органів управління й підвідомчих їм організацій, що провадять свою діяльність шляхом прийняття різноманітних управлінських рішень на основі міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії та раціонального розподілу повноважень між суб'єктами управління. Тож погоджуючись із дослідницею Н. Рингач, вважаємо, що стосовно проблеми ВІЛ/СНІДу саме визначення взаємодія є найбільш відповідним терміном, який віддзеркалює дії кожного суб'єкта у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ, в той же час терміни „співпраця” чи

„співробітництво”, „партнерство” не несуть належного семантично-функціонального навантаження та не спонукають суб’єкти до активних дій.

На нашу думку, необхідність запровадження державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу зумовлена недостатньою ефективністю реалізації державної політики в цій сфері, багатоаспектністю окресленої соціально-медичної проблеми, зростанням масштабів і складності державних завдань щодо протидії епідемії, виходом епідемічного процесу за межі маргінальних груп, її переходом у глибокі прошарки суспільства та складністю локалізації. Тож виникає потреба в залученні до вирішення проблем поширення ВІЛ/СНІДу таких суб’єктів державно-громадської співпраці, як органи державної влади та місцевого самоврядування всіх рівнів, політичні партії та рухи, інститути та організації громадянського суспільства, об’єднання громадян, соціальні, етнічні, конфесійні, професійні, територіальні групи та спільноти, окремі громадяни (ключові суб’єкти суспільного розвитку – лідери громадської думки).

Основним функціональним спрямуванням їх взаємодії є досягнення згоди, яка стає можливою лише за умови певної спільності між ними щодо реалізації загальнозначущих державно-управлінських рішень, яка, у свою чергу, досягається на основі компромісу. Це свідчить про те, що державно-громадська сфера, у межах якої розвиваються відповідні форми комунікативної взаємодії між органами державної влади та громадськістю характеризується комунікативно-координаційними властивостями, які забезпечують функціональність державно-управлінської вертикалі [183, с. 209].

На підставі вивчених літературних джерел визначено, що існує й низка інших проблем у сфері державно-громадської взаємодії у протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. Серед них виділимо наступні.

1. Низький рівень участі громадськості у плануванні, координуванні, моніторингу профілактичних заходів, відсутність дієвої системи моніторингу

й оцінки як державної політики, так і ефективності діяльності недержавних суб'єктів співробітництва в даній сфері.

2. Перешкоди під час реалізації політики протидії ВІЛ/СНІДу: нерозуміння її важливості місцевою владою, опір медичних та соціальних працівників, а також працівників державних служб, низька підготовленість працівників ВІЛ-сервісних організацій до надання якісних послуг, відсутність або затримки фінансування заходів тощо.

3. Відсутність взаємодії між суб'єктами державно-громадської співпраці у сфері протидії ВІЛ/СНІДу. Співпраця має місце лише в рамках окремих проектів, а не в масштабі спільно сформованої політики.

4. Інституційна неспроможність державної системи охорони здоров'я України, брак персоналу, що має відповідну кваліфікацію, стигматизація вразливих до ВІЛ і ВІЛ-позитивних людей.

5. Становлення громадського сектору державно-громадської співпраці у сфері протидії ВІЛ/СНІДу відбувається спонтанно, некоординовано, через стимулювання міжнародними донорами.

6. Недосконалість системи розподілу коштів між громадськими організаціями та обмеженість їх можливостей розпоряджатися цими коштами, що заважає швидкому отриманню фінансування і розподіленню коштів.

7. Низький рівень поінформованості населення, що засвідчує гостру необхідність проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи.

Вирішення цих та інших проблем державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу вимагає системної та послідовної діяльності щодо координації співпраці між органами виконавчої влади та місцевого самоврядування, неурядовими організаціями, лікувально-профілактичними закладами та міжнародними організаціями, а також активації діяльності всіх без винятку суб'єктів державно-громадської співпраці у формуванні відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні.

Таким чином, державно-громадська взаємодія у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні перебуває в стадії свого становлення. Проте необхідність співпраці всіх її суб'єктів для формування та реалізації ефективної політики щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на сьогодні є очевидною.

Отже, підсумовуючи, слід зазначити, що вищерозглянуті питання значно розширюють теоретико-методологічну базу щодо основ формування та реалізації державної політики протидії епідемії ВІЛ/СНІДу у взаємодії з громадськістю. Дослідження питань, пов'язаних із розробкою теоретичних положень і практичних рекомендацій щодо розвитку механізмів формування та реалізації державно-громадського взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, залишаються надзвичайно актуальною проблемою в галузі науки державне управління.

1.2. Інституалізація державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні

Досліджуючи державну політику у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, перш за все, слід зупинитися на визначенні суб'єктів та об'єктів даної політики в суспільстві, адже будь-яка політика стає зрозумілою, коли зрозуміло, хто її здійснює і на що вона спрямована. Таке визначення дає можливість з'ясувати сутність відносин між суб'єктами, а також між суб'єктами та об'єктами політики, розкрити форми їх співпраці, способи діяльності, механізми їх взаємодії.

Державна політика України у сфері протидії ВІЛ/СНІДу має чітко сформовану систему, складовими елементами якої є установи загального та спеціального призначення, діяльність яких охоплює медичний, соціальний та правовий сектор державного впливу на перебіг епідемії [228, с. 109-116.].

Президент України відіграє важливу роль у суспільно-політичному житті країни, своїми указами, розпорядженнями врегульовує питання функціонування сфери протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. Президент України у щорічній доповіді Верховній Раді України доводить до відома народним депутатам України стан реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Верховна Рада України здійснює законодавче регулювання відносин у досліджуваній сфері шляхом прийняття відповідних нормативно-правових актів, впливає на неї шляхом реалізації функцій держави в цілому, зокрема, згідно зі ст. 85 Конституції України, Верховна Рада України приймає закони; затверджує Державний бюджет України та зміни до нього; визначає внутрішню та зовнішню політику; затверджує загальнодержавні програми (табл.1.1) щодо охорони здоров'я та зокрема програми протидії у сфері ВІЛ/СНІДу, які набувають вищого правового статусу, тобто статусу закону України.

Верховна Рада України має постійно діючий Комітет з питань охорони здоров'я, створений 2006 року, що є робочим органом Верховної Ради України, формує відповідні проекти засад державної політики у сфері охорони здоров'я та зокрема протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні, розглядає концепції реформування системи охорони здоров'я, традиційно щорічно проводить парламентські слухання щодо стану охорони здоров'я в Україні з метою винесення відповідних резолюцій щодо покращання її стану [68].

Наступним суб'єктом державно-громадської взаємодії у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу є Кабінет Міністрів України, який, згідно зі ст. 113 Конституції України [68], є вищим органом у системі органів виконавчої влади, що забезпечує здійснення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, забезпечує розроблення та виконання комплексних і цільових загальнодержавних програм.

Таблиця 1.1

Перелік заходів та програм у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Дата прийняття документу	Номер	Назва нормативно-правового документу	Термін дії
Затверджені Верховною Радою України			
від 19.12.2009	№1026	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	2009-2013
від 20.11.2014	№1708-VII	Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	2014-2018
від 03.02.2004	N 1426-IV	Рекомендації парламентських слухань на тему „Соціально-економічні проблеми ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні та шляхи їх розв’язання“ (01.12.2003)	-
18 жовтня 2013 року	Резолюція Комітету ОЗ	Комітетські слухання на тему: “Про запобігання поширенню епідемій туберкульозу, ВІЛ-інфекції/СНІД та вірусних гепатитів”	-
Затверджені Кабінетом Міністрів України			
від 27.02.1992	№98	Національна програма профілактики СНІДу в Україні	1992-1994
від 14.03.1995	№176	Національна програма профілактики СНІДу	1995-1997
від 09.03.1999	№341	Програма профілактики СНІДу та наркоманії	1999-2000
від 11.07.2001	№790	Програма профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу	2001-2003
від 04.03.2004	№264	Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	2004-2008

Кабінет Міністрів України створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди й координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Для забезпечення цілісності політики протидії епідемії Постановою Кабінету Міністрів України від 16 травня 2005 року було утворено Національну координаційну раду з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції та СНІДу. Тією ж постановою на регіональному рівні були утворені відповідні обласні і міські координаційні ради. Заснування такої ради було умовою отримання й реалізації гранту Глобального Фонду. Проте ефективність новоутвореного механізму лишалась вкрай низькою, взаємодія мала місце лише в рамках окремих проектів, а не в масштабі спільно сформованої політики. Через деякий час рада фактично припинила своє існування.

Тому у 2007 році Постановою КМУ замість зазначеної ради було утворено новий консультативно-дорадчий орган - Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу [167].

Очолив Раду Віце-прем'єр-міністр України з гуманітарних питань. До ради включалися заступники Міністрів охорони здоров'я, фінансів, економіки, внутрішніх справ, у справах сім'ї, молоді та спорту, освіти і науки, представники інших центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, відповідних міжнародних та громадських організацій.

Рішення Ради мають рекомендаційний характер і можуть бути реалізовані шляхом прийняття відповідних актів Кабінету Міністрів України або надання доручень Прем'єр-міністром України.

Цією ж Постановою створювалась відповідна мережа регіональних рад. Але ефективність новоутвореного механізму виявилася незначною – як через брак коштів, так і через брак політичної волі влади. Ще менш ефективною була робота місцевих координаційних рад – як правило, через незацікавленість органів влади у діяльності таких координаційних механізмів. На рівні окремих регіонів було прийнято відповідні програми щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу. Так, зокрема, три подібні програми було прийнято у м. Києві, однак жодна з них не була реалізована повною мірою через брак фінансування.

Звернемо увагу, що центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми та прогнози у сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення, з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я. Головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є: формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я; формування державної політики у сферах санітарного й епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням [131].

Не менш важливим суб'єктом державно-громадської взаємодії є Національна академія медичних наук України [141].

Місцеві державні адміністрації здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я, що перебувають у сфері їх управління, їх матеріально-фінансовим забезпеченням, організують роботу медичних закладів щодо надання медичної допомоги населенню, здійснюють заходи щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації тощо.

Дослідження наукової та джерельної бази та порівняльний аналіз змісту діяльності суб'єктів державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, показали, що спеціальні функції внормовані тільки для таких державних інституцій, як Президент України, Кабінет Міністрів України, Міністерство Охорони Здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Міністерство молоді та спорту України, Міністерство оборони України.

У той же час нормативно невизначеними залишаються функції у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу таких суб'єктів, як Міністерство фінансів України; Міністерство економіки України; Міністерство культури України; Міністерство внутрішніх справ України; Міністерство закордонних справ України; Міністерство соціальної політики України; Національна академія наук України; Академія медичних наук України; лікувально-профілактичні заклади загальної та спеціалізованої мережі; спеціальні лабораторії діагностики ВІЛ; Товариство Червоного Хреста України; міжнародні донорські, громадські та благодійні організації; Федерація професійних спілок України та ін. Проте сектор відповідальності цих суб'єктів є конкретно визначеним, що створює невідповідність між функціональним змістом управлінської діяльності та очікуваними результатами від неї. Тому систему державного управління у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні можна вважати інституційно незавершеною.

До суб'єктів державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу можна віднести наступні міжнародні організації:

- Агенції Організації Об'єднаних Націй (ООН) в Україні (такі як ЮНЕЙДС, ПРООН, ЮНІСЕФ, УВКБООН, ФНООН, та ряд інших):
- Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ)
- Міжнародна організація праці (МОП)
- Світовий банк (СБ)
- Глобальний фонд по боротьбі з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією
- Міжнародна організація з міграції (МОМ)
- Європейська комісія
- Агентство США з міжнародного розвитку (USAID)
- Німецьке міжнародне співробітництво (GIZ)
- Фонд Ініціатив Клінтона з ВІЛ-інфекції/СНІДу
- Фонд «Відродження»
- Міжнародний благодійний фонд “СНІД Фонд Схід-Захід”
- Міжнародний Альянс громадського здоров'я в Україні
- Міжнародний Інститут проблем ВІЛ/СНІДу та туберкульозу
- Товариство Червоного Хреста в Україні

Окрему групу серед суб'єктів державно-громадського взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні становлять профспілки, роботодавці, їх організації та об'єднання. Відповідно до Національної стратегії тристороннього співробітництва з протидії ВІЛ/СНІДу у сфері праці на 2012-2017 роки [104, с .29-42.] було визначено роль і місце вищеназваних суб'єктів у процесі протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, відповідно до їх повноважень, компетенції та спроможності.

Загалом кількість суб'єктів державно-громадського взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу постійно зростає, що має свої позитивні наслідки, оскільки участь нових організацій сприяє збільшенню ресурсів, посилює гнучкість та інноваційність підходів у діяльності. Проте, з іншого боку, виникає загроза фрагментації, дублювання функцій, перевантаження державних структур різноманітними адміністративними вимогами з боку

неурядових організацій; неузгодженості програм інституцій громадянського суспільства із пріоритетами державної політики в даній сфері; конфліктів у стратегічних підходах; зменшення здатності державних органів влади формувати ефективну політику протидії поширенню ВІЛ/СНІДу.

Аналіз робіт В. Якімець, Л. Ніковської, Л. Коновалової, показав, що міжсекторальне партнерство як конструктивна взаємодія організацій із двох чи трьох секторів (держава, бізнес, некомерційний сектор), спрямована на вирішення соціальних проблем та забезпечує синергетичний ефект: “поєднання різних ресурсів та вигідність для кожної із сторін та населенню” [240, с. 15].

Зазначимо, що об’єктом взаємодії державних та громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є діяльність, що спрямована на реалізацію цілей та інтересів обох партнерів спільно визначеними шляхами та засобами розв’язання питань профілактики ВІЛ/СНІДу для досягнення зниження темпів поширення інфекції. А от, суб’єктом взаємодії державних і громадських організацій є адміністративний апарат установ, керівництво організації, окремі фахівці, які координують роботу установ і організацій та визначають характер взаємодії.

До основних функцій взаємодії у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу С. Терницька відносить такі: “превентивна, інтегративна, адаптаційна, інформаційно-комунікативна, діагностична та інноваційна” [212, с. 9].

Превентивна функція полягає в посиленні профілактичних можливостей державних та недержавних організацій, завдяки єдиному управлінському, інформаційному простору. Інтегративна функція передбачає об’єднання ресурсів і зусиль взаємодіючих партнерів, що забезпечує вирішення спільних завдань щодо зниження рівня ВІЛ-випадків. Місією адаптивної функції є підвищення адаптивних можливостей партнерів взаємодії за рахунок оптимізації системи роботи й економного перерозподілу ресурсів. Щодо інформаційно-комунікативної функції, то її мета полягає в забезпеченні

партнерів взаємодії достовірною та своєчасною інформацією. Діагностична функція взаємодії передбачає виявлення відповідності інтересів, цілей і можливостей суб'єктів профілактичної діяльності потребам цільової групи. Адже тільки на основі різносторонньої інформації, яка представлена різними організаціями, що належать до різних секторів можна скласти реальну картину ситуації у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу на певній території, виявити проблеми, які потребують першочергових рішень, та вжити заходи для оптимізації подальшої роботи. Особливого значення набуває інноваційна функція - формування простору для інноваційної діяльності, що сприяє виникненню та розповсюдженню нових соціальних норм, що сприятиме подоланню цієї соціальної хвороби [212].

Під час державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу організації різних секторів мають дотримуватись певних принципів, що підвищують ефективність взаємодії.

Головними принципами є: пріоритетність партнерів; проблемна орієнтація; кінцево-цільова спрямованість; спільне планування; функціональна домовленість; єдиний інформаційний простір; зворотний зв'язок; спільне прогнозування проміжних і кінцевих результатів; спільна оцінка діяльності через зіставлення отриманих результатів із запланованими; відповідальність перед собою і партнерами за всі свої дії; наукова та методична обґрунтованість; правова забезпеченість; комплексність і системність [214, с. 36].

Серед основних проблем громадської та державної взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні слід назвати неузгодженість інтересів і дій; відсутність досвіду управління взаємодією, ресурсна незабезпеченість; відсутність особистої зацікавленості керівників організацій; недотримання технологічності самого процесу та відсутність зворотного зв'язку.[32, с. 7-32].

Наразі брак координації як характерна риса політичного й інституціонального контексту політики стосовно ВІЛ/СНІДу в Україні є

віддзеркаленням низької спроможності державного апарату до вироблення послідовної політики, сформованої в нашій державі політичної й управлінської культури, недостатньої взаємодії між різними гілками влади, зацікавленими міністерствами, владою національного та місцевого рівнів, між урядом, громадянським суспільством і бізнесом [189, с. 30].

Подолання проблеми ВІЛ/СНІДу можливо лише шляхом об'єднання зусиль, тобто завдяки застосуванню стратегії взаємодії, деякі дослідники вживають термін “міжсекторальна взаємодія або партнерство” і розуміють його як особливий вид взаємодії між партнерами для спільного досягнення тієї чи іншої мети.

Підсумовуючи, варто зазначити, що проблема формування та реалізації державної політики протидії поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальною управлінською проблемою, яка потребує неординарних підходів та більш ґрунтовного дослідження на новому теоретико-методологічному підґрунті.

1.3. Методологічні підходи в реалізації взаємодії держави з громадськістю у сфері протидії ВІЛ/СНІДу (стандартизація, акредитація, ліцензування)

В умовах поширення епідемії ВІЛ/СНІД кількість організацій, що обрали надання допомоги людям, які є носіями ВІЛ або хворі на СНІД, та послуг з профілактики ВІЛ/СНІД одним із основних напрямків своєї діяльності, зростає. Спектр послуг є значним і включає в себе як надання медичного та немедичного догляду, психологічної, соціальної, юридичної, матеріальної допомоги людям, які живуть з ВІЛ/СНІД, їхнім сім'ям, так і первинну, вторинну профілактику ВІЛ/СНІД серед різних груп населення. Проте ці послуги, а також процес їх надання є несистематизованими, розрізненими, вони можуть корегуватись відповідно до вимог донорських

організацій або наявних в організації ресурсів і можливостей. Відсутність знань, попереднього досвіду такої роботи та єдиної теоретичної бази для розробки цих послуг призводить до використання різних підходів і вкладання різного змісту в послуги, що надаються, тому вони можуть бути неповними або не відповідати дійсним потребам клієнтів.

У рамках здійснення роботи з ЛЖВС та вразливими групами населення проблема якості надання послуг стає однією з вагомих, оскільки відсутність оцінки даних послуг призводить до відсутності підґрунтя для їх корекції та поліпшення. Індивідуальні підходи до оцінки окремих проектів також не дають змоги скласти єдину картину стану надання допомоги в цій сфері. Саме тому державні органи першими почали працювати над стандартами для підвідомчих соціальних служб та організацій. Згодом до цього процесу підключилися й недержавні структури, які розпочали роботу над власними внутрішніми стандартами, фаховими етичними нормами та правилами, єдиною системою моніторингу та оцінки.

Слід констатувати, що цей процес був розрізненим і не вирішував проблеми відсутності стандартів надання послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Поступово виникла потреба у єдиних мінімальних стандартах надання послуг для державних та недержавних організацій у сфері ВІЛ/СНІДу, які б сприяли уніфікації змісту певних послуг та підвищили б якість їх надання. Необхідність розробки таких стандартів було зокрема визначено в окремому дорученні Кабінету Міністрів України за результатами засідання Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу від 19.07. 2005 р. Міністерству економіки України, Міністерству праці та соціальної політики України, Міністерству України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерству охорони здоров'я України (протокол 2) [110].

Питання стандартизації професійної діяльності в соціальній сфері бере свій початок від концепції забезпечення якості соціальних та медичних

послуг. Рух за особисті, громадянські, а згодом і за соціально-економічні права людини, що характеризує першу половину XX сторіччя і який знайшов свій вихід у прийнятті низки міжнародних актів, мав вплив на всі аспекти суспільного життя. Можна припустити, що в сфері охорони здоров'я цей рух став джерелом формування клієнт-центрованого підходу в наданні послуг. [261].

Зміни в підході до надання послуг дали поштовх до формулювань таких нових понять у сфері охорони здоров'я та в соціальній сфері, як “якість послуг”, “гарантування якості”, “стандарти” тощо. Незважаючи на спільне семантичне коріння, уявлення про зміст поняття “якість” різняться з-поміж країн та сфер надання допомоги, що зумовлено різними системами цінностей, місцевими соціально-економічними, політичними ситуаціями. Елементом, єдиним для всіх підходів опису якості, є орієнтація на потреби клієнта або громади [265].

Міжнародна організація стандартизації визначає якість як сукупність ознак та характеристик об'єкту, що стосується його спроможності задовольняти встановлені або передбачувані потреби [136].

Варто зауважити, що у сфері охорони здоров'я та соціальній галузі частіше використовується поняття “гарантування якості”, яке визначають як багатосторонній процес, що має на меті покращення результатів надання послуг за напрямками-показниками стану здоров'я, функціональної спроможності, добробуту та задоволеності користувачів послуг. Основними завданнями такого процесу є стимулювання створення оточення, у якому кожний залучений сприяє підтриманню якості; сигналізуванню про проблеми та шляхи їх вирішення; формування відповідальності за впровадження необхідних для поліпшення якості змін [265].

Системи гарантування якості можуть включати в себе різні механізми її забезпечення:

- встановлення та регулювання правил, положень, стандартів, що передбачає їх постійний моніторинг, контроль та перегляд відповідно до потреб, що змінюються, а також економічні або кримінальні санкції за невідповідність обов'язковим стандартам [263];
- навчання та супервізія державних та недержавних надавачів послуг;
- ліцензування, сертифікація або акредитація надавачів послуг відповідно до встановлених чітких критеріїв [255].

На сьогодні немає єдиного визначення поняття “стандарт”. Одні визначення говорять, що стандарт – це еталон, певний рівень, міра, відповідно до яких оцінюється якість виконання [251; 249; 52; 253; 248]. В інших визначеннях стандарти – це певні задокументовані очікування, що оцінюються відповідно до встановлених критеріїв [266].

Мінімальні або базові стандарти встановлюють найнижчий поріг, який гарантує безпеку та ефективність діяльності, базисний рівень для якості послуг. Стандарти вищої якості є стандартами, що перевершують цей мінімальний рівень і затверджують цілі, яких слід прагнути [10, с. 2 – 4, 21; 80; 249; 252].

Прийняття стандартів, в тому числі і на національному рівні, не є виключним гарантом надання якісних послуг. Система гарантування якості зазвичай потребує певних механізмів забезпечення якості, до яких можна віднести ліцензування, акредитацію та сертифікацію [263].

Ліцензування – це обов'язковий процес, за допомогою якого державні органи регулюють діяльність чи надання послуг. Для індивідів ліцензія означає дозвіл займатися професійною діяльністю, якщо кандидат достатньо компетентний для того, щоб гарантувати, що здоров'я, добробут та безпека населення будуть достатньо захищені. Ліцензія видається організаціям, що відповідають мінімальним стандартам, дотримання яких у наданні послуг вимагає закон [10, с. 2-4, 21].

Акредитація є процесом, що зазвичай має вигляд “систематичного оцінювання відповідно до визначених стандартів” [265]. Акредитація дає професійне визнання та увагу користувачів тим організаціям, чії послуги відповідають стандартам, визначеними установами, що акредитують. Такими установами можуть бути як уповноважені виконавчою владою структури, так і неурядові організації. Акредитація може призначатись для постачальників, які демонструють бажання перевищити виконання мінімальних ліцензійних вимог і досягнути стандартів вищої якості. На відміну від ліцензування, акредитація застосовується скоріше для стимулювання постійного підвищення якості послуг, аніж для встановлення санкцій [10; 265].

Сертифікація є добровільною і застосовується у випадках, коли “професійна діяльність не ліцензована” [10, с. 2-4, 21]. Сертифікація стосується окремих осіб і відрізняється від ліцензування тим, що вона майже завжди надається приватними, неурядовими установами. Такі установи утворюються професійними асоціаціями з метою видачі сертифікатів для визначення й визнання тих, хто відповідає їхнім стандартам. Особа отримує сертифікат (після складення іспитів) для того, щоб продемонструвати свою компетентність клієнтам. Професійні постачальники послуг, як правило, сертифікації не потребують [10, с. 2-4, 21; 254].

Сфера регулювання зазначених механізмів забезпечення якості поширюється на два основних компоненти, що впливають на якість послуг: процес здійснення діяльності та кваліфікації безпосередніх надавачів послуг. Так, регулятивний механізм для послуг складається з ліцензування та акредитації, в той час як для фахівців регулювання їх діяльності може здійснюватися шляхом ліцензування та сертифікації [107].

Одним із базових напрямків профілактичної діяльності серед представників уразливих груп населення є програми зниження шкоди. На сьогодні не існує єдиного визначення поняття “зниження шкоди” з огляду на

різне розуміння даного напрямку роботи серед незалежних фахівців та надавачів соціальних послуг [19, с. 26-30.].

Більш загальним визначенням поняття “зниження шкоди” є: підхід до проблем ВІЛ/СНІДу і споживання наркотиків, мета якого полягає в “зниженні шкоди, пов’язаної з ВІЛ та іншими соціально-медичними проблемами” [82, с. 492, 494.].

Більш точним є визначення, що окреслює це поняття як “низку прагматичних стратегій, метою яких є встановлення контакту зі споживачами наркотиків на їх території для надання допомоги задля зменшення шкоди, пов’язаної з вживанням наркотиків” [19, с. 26-30; 186].

Так, зниження шкоди може бути досягнуто шляхом паралельного надання послуг, інформації, підтримки та реабілітації, розповсюдження чистих голок серед СІН для того, щоб вони не практикували повторне або спільне використання голки та шприців [82, с. 492, 494.].

Прийняття мінімальних стандартів, протоколів надання соціальних послуг в сфері протидії ВІЛ/СНІДу, а також одного або кількох регулятивних механізмів – ліцензування, або акредитації, або сертифікації – стали нагальною необхідністю. Проте, можливим є застосування під час надання таких соціальних послуг міжнародних стандартів, принципів, протоколів відповідно до міжнародних актів, ратифікованих Україною (наприклад, документи, прийняті Всесвітньої організацією охорони здоров’я (ВООЗ), членом якої є Україна [157]), а також власних методичних рекомендацій та керівництв.

До документів, що використовуються або можуть бути застосовані в якості керівництв для надання послуг в місцевих програмах зниження шкоди, відносяться:

1. Стандарти, принципи, протоколи, рекомендації ВООЗ, ЮНЕЙДС, інших міжнародних організацій. Такими документами є, наприклад, Рекомендації ВООЗ з ВІЛ-інфекції і СНІДу в в’язницях [179; 246], Принципи

профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотики, ВООЗ [140], Протоколи ВООЗ для країн СНД з надання допомоги і лікування при ВІЛ-інфекції та СНІД [134], Стандарти ВООЗ для якісного лікування ВІЛ: інструмент для якісного оцінювання, покращення та акредитації [20];

2. Стандарти, принципи, протоколи, рекомендації окремих країн, наприклад, Рекомендовані стандарти для ВІЛ-сервісу Національної системи здоров'я Великої Британії [262] (можуть бути застосовані лише в якості прикладу для розробки власних документів через відмінності організації національних систем охорони здоров'я та соціальної сфери);

3. Керівництва, посібники та методичні рекомендації:

- Д. Берроуз. “Організація та менеджмент програм обміну голок та шприців”, керівництво для країн Центральної та Східної Європи і Нових Незалежних Держав колишнього Радянського Союзу [8];

- “Настільна книга менеджера НУО” в 4-х частинах, зокрема Частина 3 “Збірка матеріалів з організації роботи і забезпечення безпеки праці працівників програм, які здійснюють профілактику ВІЛ/СНІДу серед уразливих груп населення” [100] та частина 4 “Аутріч і консультування” [99];

- “ВІЛ у в'язницях”, практичний посібник для пенітенціарних систем нових незалежних держав, ВООЗ [15, с. 68-75.];

- “Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів наркозалежних”, Державний інститут проблем сім'ї та молоді, 2004 р. [69];

- інші керівництва, посібники та методичні рекомендації, що висвітлюють методи соціальної роботи, питання менеджменту соціальних служб.

У вищезазначених джерелах описуються принципи здійснення профілактичної роботи серед уразливих груп, надання послуг в рамках реалізації програм зниження шкоди, вимоги до технічної сторони надання послуг (навички, знання навчання персоналу, обладнання, приміщення,

техніка безпеки). Але слід констатувати, що ця інформація розміщена в багатьох різних джерелах, перелік яких можна продовжувати. Це, звичайно ж, ускладнює оволодіння надавачів послуг основними стандартами у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Тому доцільним є створення єдиного документа – стандартів, який би одночасно виконував функції регулювання надання послуг та поширення досвіду у сфері протидії поширенню епідемії.

Стандарти ВООЗ для якісного лікування ВІЛ: інструмент для якісного оцінювання, покращення та акредитації [265] також встановлюють основоположні вимоги щодо надання послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу. Однак, стандарти ВООЗ є більш загальними у своїх положеннях. Крім того, вони висвітлюють медичний аспект послуг у сфері ВІЛ/СНІДу. Так, тестування на ВІЛ, перед- і післятестове консультування, перенаправлення клієнта, а також профілактика передачі ВІЛ/СНІДу від матері до дитини визначені як окремі послуги системи охорони здоров'я. Разом з тим, освітній та інші компоненти профілактики ВІЛ/СНІДу віднесені до послуг, що надаються на базі громад, і тому майже не розглядаються.

Особливістю стандартів ВООЗ є значна увага до проблеми туберкульозу та включення цього питання до змісту програм профілактики ВІЛ/СНІДу. На нашу думку, цей принцип має бути взятий до уваги при розробці стандартів у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Стандарти ВООЗ закладають основу для розподілу сфери відповідальності за надання послуг з профілактики між державною системою охорони здоров'я та послугами, що надаються на рівні громад. Доцільність такого кроку може полягати в чіткому розумінні власних обов'язків кожним суб'єктом надання таких послуг і сприятиме плануванню, організації, а також моніторингу та контролю за якістю їх надання. Загалом, розглянуті в обох стандартах принципи та вимоги можуть бути покладені в основу єдиних мінімальних стандартів у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні за умови їх подальшої деталізації в стандартах або протоколах за окремими напрямками діяльності,

групами клієнтів тощо, а також врахування місцевої ситуації. Тобто, існує потреба в більш чітких та деталізованих керівництвах, протоколах, правилах, хоча це не знімає питання важливості прийняття єдиних мінімальних рамкових стандартів.

Серед посібників, керівництв та методичних рекомендацій, доступних для огляду, більша частина джерел висвітлює аспекти профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів ін'єкційних наркотиків. Наприклад, Дейв Берроуз у своєму керівництві до організації програм обміну шприців визначає такі базисні принципи програм зниження шкоди [8]:

- акцент на досягненні короткотермінових прагматичних цілей, що базуються на ієрархії зниження ризику (ієрархія включає: зниження рівня спільного використання ін'єкційного обладнання, скорочення частоти ін'єкційного вживання, зниження рівня використання вуличних наркотиків, зниження рівня використання рецептурних наркотиків, збільшення кількості осіб, які утримуються від наркотиків);
- акцент на зниженні шкоди, як для окремих осіб, так і для суспільства загалом;
- використання численних та різноманітних стратегій для досягнення поставлених цілей;
- залучення до роботи по розробці та впровадженню програми активних споживачів наркотиків.

Вказані засади програм зниження шкоди можна доповнити Принципами профілактики ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотики, прийнятими Європейським бюро ВООЗ для роботи на національному та регіональному рівнях [140]. Відповідно до цього документу, такими принципами є:

1. Інформаційна робота та освіта, що здійснюється серед всього населення, з представниками СІН, їх близького соціального оточення, з працівниками соціальних служб та закладів охорони здоров'я;

2. Забезпечення доступності соціальних служб та служб охорони здоров'я, незалежно від віку, статі, статусу, стану клієнта та виду допомоги, якої він потребує, а також з точки зору розташування служб;

3. Активна робота серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, що передбачає здійснення просвіти та програм обміну шприців, надання інших спеціальних послуг, орієнтованість програм на особливі групи (наприклад ОСБ, які вживають наркотики) та встановлення зв'язків з іншими організаціями, що працюють в цій сфері;

4. Забезпечення осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, стерильними ін'єкційними інструментами та дезінфікуючими матеріалами (включає забезпечення доступності стерильних ін'єкційних та дезінфікуючих матеріалів без обмежень та в різних місцях і закладах, обмін шприців та голок, їх утилізація);

5. Надання особам, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом можливість отримувати замісну терапію.

Дані принципи в основному відповідають напрямам діяльності українських організацій, які працюють у сфері профілактики ВІЛ/СНІДу. Тому вони під час організації своєї діяльності можуть керуватися іноземним досвідом, закріпленим у рекомендаціях ВООЗ та інших документах. Реалізація зазначених принципів у випадку їх запозичення в українську практику передбачає скоординовану роботу як безпосередніх надавачів соціальних та медичних послуг СІН, так і осіб, відповідальних за формування та реалізацію національної та місцевої політик з протидії ВІЛ/СНІДу. Необхідними умовами такої роботи є чіткий розподіл функцій та відповідальності, координація діяльності, зрозумілі механізми регулювання діяльності державних та недержавних суб'єктів державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні.

Перепонами на шляху впровадження міжнародних стандартів в місцеву практику є недостатнє фінансування закладів системи охорони здоров'я та їх

можлива неспроможність у здійсненні деяких заходів у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, а також неготовність більшості громадян сприйняти програми профілактики ВІЛ/СНІДу, низька вмотивованість персоналу в медичних закладах до виконання нових обов'язків [87]. Тому доречнішим буде вибіркове закріплення міжнародних положень в національних стандартах у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні з одночасним окресленням перспективних напрямів розширення їх змісту.

Отже, місцеві та національні особливості є визначальними не лише при плануванні самих програм, а й при формуванні регулятивної бази для їх реалізації, вибору міжнародних стандартів в якості орієнтиру в практичній та нормативній діяльності.

Стандарти ВООЗ з профілактики ВІЛ/СНІДу серед СІН викладені в проекті Національного клінічного протоколу лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами наркотиків [172], що розроблявся в рамках реалізації програми Глобального фонду боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією “Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні”. Проект спрямований на медичний компонент, а також містить деякі аспекти немедичних заходів профілактики ВІЛ/СНІДу та догляду ВІЛ-позитивних СІН. Здобутком даного проекту Національного клінічного протоколу є спроба закріплення комплексності заходів, що створює підґрунтя для встановлення рівноправних позицій усіх суб'єктів державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні [117].

Слід зауважити, що моніторинг та оцінка є одними з необхідних складових системи гарантування якості надання послуг у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, оскільки дають змогу визначити відповідність даних послуг встановленим стандартам. Такі моніторинг та оцінка можуть базуватись на вже існуючих системах моніторингу проектів та програм, що дозволить зекономити на ресурсах та уникнути дублювання систем [90].

Невід’ємним компонентом деяких програм зниження шкоди, а також немедичного догляду та підтримки ЛЖВС у багатьох країнах є групи взаємодопомоги. Вони можуть бути визначені як “тимчасові об’єднання рівних за статусом людей для пошуку шляхів вирішення чи полегшення власних проблем” [111]. Роль цих груп в наданні психосоціальної підтримки клієнтам різних програм беззаперечна, проте питання щодо включення їх у перелік мінімальних стандартів є дискусійним. Причина полягає в природі груп взаємодопомоги. Їх визначальною рисою є надання допомоги за принципом “рівний-рівному”, коли значущість учасників-клієнтів більша, ніж значущість учасників-фахівців. Роль останніх полягає скоріше в допомозі під час організації та планування роботи групи, аніж в безпосередньому її проведенні [60; 185].

Проте, на нашу думку, деякі вимоги до організації груп взаємодопомоги можуть бути включені до мінімальних стандартів в якості однієї зі складових комплексної допомоги й підтримки та закріплені через визначення функцій працівника або організації, які мають стосунок до роботи таких груп. Тобто, під стандартизацію повинні підпадати дії професійних учасників груп взаємодопомоги.

Актуальною в усьому світі залишається проблема інфікування ВІЛ у в’язницях. Ін’єкційне вживання наркотиків, розпочате на волі; переповненість камер, що підвищує рівень насильства; практики незахищеного сексу між ув’язненими; татуювання та пірсинг, а також брак інформації та медичної допомоги визнаються у світі одними з основних факторів поширення ВІЛ/СНІДу в закладах пенітенціарної системи [211]. Профілактичні заходи у в’язницях впроваджуються з використанням тих самих форм та методів роботи, що застосовуються в програмах зменшення шкоди серед представників уразливих груп [211].

Загальні рекомендації з ВІЛ-інфекції та СНІД у в’язницях були розроблені ВООЗ на основі технічних даних, отриманих у результаті

консультацій з експертами міжнародних, державних та недержавних організацій в Женеві у вересні 1992 р. [179, с. 26-33.]. Ці рекомендації, у першу чергу, призначаються для керівництва закладів пенітенціарної системи задля самостійної організації або сприяння іншим незалежним організаціям в проведенні заходів профілактики ВІЛ/СНІДу серед ув'язнених та надання допомоги ВІЛ-позитивним ув'язненим. Зміст профілактичних заходів у в'язниці визначається переліком заходів у програмах, які реалізуються серед інших груп населення. Водночас, на керівництво виховних закладів покладається відповідальність за створення умов, необхідних для запобігання інфікуванню ВІЛ серед ув'язнених та персоналу [179, с. 26-33.].

В Україні діяльність з профілактики ВІЛ/СНІД в закладах пенітенціарної системи, як і утримання ВІЛ-позитивних ув'язнених, здійснюється з урахуванням рекомендацій ВООЗ, що окреслюють основні напрямки допомоги, проте не встановлюють вимог до процесу її надання. Тому існує необхідність більш детального вивчення відомчих регулятивних документів та внутрішніх посадових інструкцій штатних фахівців, залучених до надання послуг в місцях позбавлення волі з метою з'ясування основних положень, які регулюють або можуть регулювати процес надання послуг, та вироблення відповідно до них рекомендацій щодо змісту мінімальних стандартів з профілактики, психосоціальної підтримки для осіб, які перебувають в місцях позбавлення волі.

Поширення епідемії ВІЛ/СНІДу призвело до збільшення кількості осіб, які потребували особливої уваги. Методи роботи, що раніше були спрямовані на інші групи населення, стали використовуватись і по відношенню до ВІЛ-позитивних осіб, стан яких вимагав догляду та підтримки.

ЮНЕЙДС вводить поняття комплексного догляду, до елементів якого включає наявність доступних служб добровільного консультування та тестування, профілактику туберкульозу, подальшої передачі ВІЛ, лікування ВІЛ/СНІДу та інших супутніх хвороб, надання паліативної допомоги,

планування сім'ї, забезпечення належного харчування, соціальної, духовної та психологічної підтримки та допомоги за принципом “рівний рівному”, дотримання прав людини, зниження стигми, пов'язаної з ВІЛ/СНІД, тощо [221, с. 148.].

Отже, серед міжнародних стандартів, що висвітлюють питання допомоги ВІЛ-позитивним особам і на які в своїй діяльності може орієнтуватись Україна відповідно до укладених угод [157], слід відзначити Стандарти ВООЗ для якісної допомоги в сфері ВІЛ/СНІДу: інструмент для якісного оцінювання, забезпечення та акредитування [265]. Вони встановлюють вимоги з напрямків підтримки прихильності до лікування, попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, паліативної допомоги, а також містять положення щодо прав осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД.

Так, стандартом з підтримки прихильності до лікування визначено, що організація підтримує ВІЛ-позитивних осіб, які приймають ліки, фасилітуючи їх прихильність до прописаного лікування, а також перенаправляючи їх до інших організацій або осіб, які можуть задовольнити соціальні потреби ЛЖВС [79]. Цей стандарт, у першу чергу, спрямований на формування підтримуючого середовища, що складається з членів сім'ї та волонтерів, спеціально навчених для здійснення допомоги в прийманні ліків, та на створення швидкого та дієвого механізму перенаправлення клієнта.

Стандарт із запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини, окрім суто медичних аспектів, передбачає надання консультування для матері, зокрема з питання годування немовляти, та надання супроводу на строк не менше перших двох років життя дитини [265]. В Україні ж чинне регулювання за цим напрямком охоплює медичну допомогу [166], і фактично єдиним винятком є положення про забезпечення адаптованими молочними сумішами дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Стандарт з надання паліативної допомоги спирається на основні принципи її впровадження та підкреслює права клієнтів на повагу та

співчуття до кінця життя, підходяще оцінювання та менеджменту болю [265]. Натомість протоколи ВООЗ та національний проект протоколу з питань паліативної допомоги та позалікарняного догляду хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД [173] встановлюють детальні покрокові правила здійснення догляду та психологічної підтримки відповідно до конкретного стану клієнта, хоча й не містять відомостей щодо філософії догляду та підтримки, їх цінностей. Цей пункт є яскравим прикладом співвідношення стандартів та протоколів, яке має братись до уваги під час роботи над національними стандартами та протоколами.

Стандарт, що встановлює відповідальність агенції з дотримання прав ВІЛ-позитивних осіб, містить положення щодо необхідності забезпечення інформування клієнтів, конфіденційності та захисту інформації, участі клієнтів у прийнятті рішень, дотримання принципу поінформованої згоди, поваги до особистих цінностей та вірувань, особистості клієнтів. В Україні такі положення частково висвітлені в положеннях про права ВІЛ-інфікованих осіб, закріплених Законом України “Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ” [159], а також в базисних етичних принципах [46, с.16-22.].

Такий огляд міжнародних стандартів та відповідних вітчизняних документів вказує на те, що існуючі або такі, що можуть бути використані в Україні, закони, протоколи, інші нормативно-правові акти, а також зафіксовані принципи роботи місцевих організацій, спільно охоплюють основні напрями по організації та здійсненню догляду та підтримки осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД. Однак, вони є розрізненими та сфокусованими на конкретних питаннях, що може ускладнювати розуміння цілісного підходу догляду та підтримки для безпосередніх надавачів соціальних послуг. Відповідно, потрібно створити єдиний документ, який би узагальнив ключові положення існуючих матеріалів, окреслив основні рамки, і став своєрідною

відправною точкою в формуванні системи регулятивних документів у сфері державного управління в контексті взаємодії з громадськістю у протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

Висновки до розділу 1

Дослідження теоретико-методологічних засад взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні здійснено на основі вивчення наукових розробок з проблем взаємодії громадськості в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу; особливостей інституалізації державно-громадської взаємодії; визначення сучасних методологічних підходів в реалізації взаємодії держави з громадськістю у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ (стандартизації, акредитації, ліцензування). Це дозволило зробити такі висновки.

1. Аналіз джерельної бази дослідження, присвяченої проблемам державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу свідчить, що більшість наукових праць українських дослідників присвячена розгляду лише окремих аспектів проблеми, таких як сучасний стан та шляхи вдосконалення законодавства України у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу; дослідження сутності державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні; проблеми, прогнози, управлінські рішення з питань запобігання поширенню епідемії ВІЛ/СНІДу. Але, практика довела, що на запобігання поширенню хвороб, головним фактором виникнення яких є соціально ризикована поведінка, вплив одних лише органів влади є абсолютно неефективним. Тому виникає нагальна потреба ефективної співпраці в даній сфері політиків, науковців, медичних працівників, представників громадських організацій. Таким чином, теоретико-методологічне обґрунтування вдосконалення існуючих та запровадження нових механізмів протидії ВІЛ/СНІДу, і зокрема – державно-громадської взаємодії в цій сфері є актуальним науковим завданням та підтверджує необхідність його

виконання у галузі науки державне управління.

2. Обґрунтовано, що державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальним напрямом державної соціальної політики; одним із заходів активної державної політики інтеграції України у європейський простір. Визначено, що державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні представляє собою еластичну і мобільну ланку системи національної відповіді як сукупність загально-профілактичних та спеціальних програм, реалізованих виходячи з потреб епідеміологічної ситуації, мережі багатофункціональних установ, органів управління й підвідомчих їм організацій, що провадять свою діяльність шляхом прийняття різноманітних управлінських рішень на основі міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії та раціонального розподілу повноважень між суб'єктами управління.

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

РОЗДІЛ 2

СУЧАСНИЙ СТАН ДЕРЖАВНО-ГРОМАДСЬКОЇ ВЗАЄМОДІЇ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ

2.1. Інтенсивність епідемічного процесу як індикатор якості управлінської діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу

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

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

Незважаючи на досягнення значного прогресу в протидії ВІЛ/СНІДу, в умовах трансформації усіх сфер життєдіяльності, економічної кризи та військового конфлікту на сході країни, ВІЛ-інфекція в Україні продовжує поширюватись. Головним негативним наслідком ВІЛ-інфекції/СНІДу є її вплив на демографічну ситуацію, що обумовлено високим рівнем смертності населення з причин пов'язаних з ВІЛ/СНІДом [11, с. 57-58].

За період 1987-2017 (6 міс.) рр. серед громадян України зареєстровано 306 295 ВІЛ-інфікованих осіб, у тому числі 97 584 випадки захворювання на СНІД та 43 206 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [18].

Станом на 01.07.2017 р., у ЗОЗ служби СНІДу під медичним наглядом перебувало 136 965 ВІЛ-інфікованих громадян України, з них 41 524 хворих з діагнозом СНІД. Показник поширеності ВІЛ-інфекції становив 323,7 на 100 тис. населення та на 5,5% був вище інтенсивного показника за відповідний період минулого 2016 року (306,8). Показник поширеності СНІДу становив 98,1 на 100 тис. населення та зріс проти показника відповідного періоду минулого 2016 року (85,8) на 14,4% [18].

За даними сероепідеміологічного моніторингу перевищують середній показник по країні рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію Дніпропетровської, Київської, Кіровоградської, Миколаївської, Одеської, Херсонської, Чернігівської областей та м. Києва [18].

Зростання рівнів захворюваності на СНІД за 6 місяців 2017 р. проти відповідних показників за аналогічний період минулого року відбулось у 15 регіонах, найвищі темпи зростання зареєстровано у Вінницькій та Сумській областях (+126,2% та +109,4%, відповідно). Перевищують середній показник по Україні показники захворюваності на СНІД Дніпропетровської, Одеської, Миколаївської, Херсонської, Запорізької, Кіровоградської, Донецької областей [18].

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

За 6 місяців 2017 р. зареєстровано 1 496 випадків смерті від СНІДу (3,5 на 100 тис. нас.) проти 1 428 випадків (3,3 на 100 тис. нас.) за відповідний період минулого року. Темп зростання показника смертності від СНІДу склав 5,2%. Високі темпи приросту показника смертності від СНІДу зареєстровано у Сумській (101,7%), Київській (79,0%), Харківській (77,0%), Одеській (55,8%), Закарпатській (50,1%), Івано-Франківській (45,7%) областях та м. Києві (55,6%).

Основною причиною смерті у хворих на СНІД залишається ТБ. Протягом першого півріччя 2017 р. у кожному другому випадку смерті від СНІДу причиною був ТБ (772 випадки; 51,6%). Серед померлих ЛЖВ 22 дитини віком до 14 років та 1079 ЛВІН (42,3%). Серед 83% померлих становили особи віком 25 – 49 років, тобто активного та працездатного віку[18].

У 10 регіонах країни за 6 місяців 2017 р. зареєстровано зниження рівнів захворюваності на СНІД, та найбільш суттєве зниження зареєстровано у Тернопільській та Чернівецькій областях (-41,3% та -44,3%, відповідно).

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

Найвищі темпи зростання захворюваності на СНІД зареєстровані у Вінницькій та Сумській областях (+126,2% та +109,4%, відповідно). Високі показники захворюваності на СНІД зареєстровані в Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській, Херсонській, Запорізькій, Кіровоградській, Донецькій областях [18].

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

Організація медичної допомоги ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД здійснюється відповідно до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки за участі державних установ/закладів охорони здоров'я, громадськості та широкого кола міжнародних партнерів. Виконання завдань та заходів Загальнодержавної програми забезпечують 37 центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, в т.ч. 24 обласних, Київський міський центр СНІДу, 12 міських центрів СНІДу в областях з високим рівнем поширення ВІЛ. В 9 регіональних центрах СНІДу

(далі - РЦС) функціонують стаціонарні відділення із загальною кількістю ліжок 296 (див. рис.2.1).

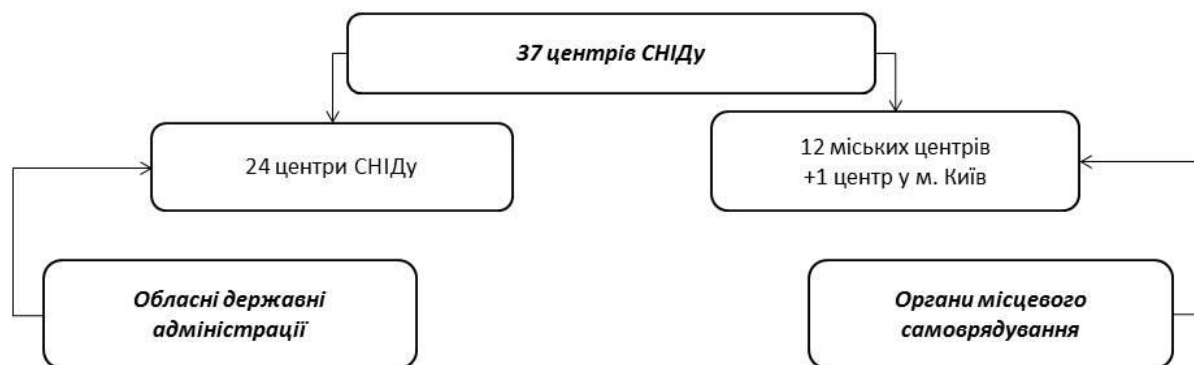


Рис.2.1

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

Як видно із рис. 2.1 медичні послуги у сфері протидії ВІЛ/СНІДу як інструмент державно-громадської взаємодії залишаються на даний час повністю під контролем держави як суб'єкта управління, навіть в умовах децентралізації управління спеціалізована мережа медико-профілактичних установ на рівні територіальних громад представлена значно меншою кількістю, що обмежує доступ пацієнтів до медичних послуг спеціалізованої мережі та потребує вирішення питання на користь потреб територіальної громади.

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

З 2015 року центри СНІДу забезпечують доступ населення регіонів до інтегрованих послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, постконтактної профілактики, діагностики, профілактики та лікування опортуністичних

інфекцій, АРВ-терапії, лабораторного моніторингу перебігу ВІЛ-інфекції та ефективності АРТ, діагностики і лікування ІПСШ, вірусних гепатитів В і С, консультування з питань планування сім'ї, соціального супроводу осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом.

Основним медичним заходом протидії ВІЛ-інфекції була антиретровірусна терапія, яка надавалась згідно з Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженого наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551 (протокол доповнено у відповідності до сучасних протоколів ВООЗ наказом МОЗ України №887 від 25.12.2015) та Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям “ВІЛ-інфекція”, затвердженого наказом МОЗ України від 24.02.2015 № 92.

Станом на 01.07.2017 р., в Україні АРТ надається у 307 ЗОЗ, зокрема у 2 закладах національного рівня, 25 РЦ СНІД, 12 міських центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, на 237 сайтах АРТ, розміщених на базі ЦРЛ, МЛ, поліклінік, ТМО, включно із 7 кабінетами Одеського міського центру СНІДу, 22 сайтах АРТ, розміщених на базі протитуберкульозних закладів, 9 сайтах АРТ, розміщених на базі шкірно-венерологічних, наркологічних та психоневрологічних диспансерів.

За 6 місяців 2017 року відкрито 26 нових сайтів АРТ (21 на базі ЦРЛ, МЛ, поліклініки, ТМО та 5 на базі шкірно-венерологічних, наркологічних та психоневрологічних диспансерів у Запорізькій (2), Київській (7), Львівській (1), Одеській (1), Полтавській (1), Херсонській (10), Черкаській (2), Чернігівській (2) областях).

Станом на 01.07.2017 р., у цивільному секторі лікування отримували 80 512 пацієнтів: 40 979 осіб - за кошти державного бюджету, 22 839 осіб – за кошти ГФ, 16 694 осіб – за кошти PEPFAR. У закладах Державної

кримінально-виконавчої служби України (далі - ДКВС України) лікування отримували 2 348 осіб за кошти ГФ (Додаток В, табл. 2.1).

За 6 місяців 2017 року кількість осіб, які отримували АРТ в ЗОЗ МОЗ України, НАМН України та ДКВС України, зросла на 8 080 осіб (на 10,8%), що в 1,5 рази більше, ніж за аналогічний період 2016 року (5274 осіб, на 9,0%)

Станом на 01.07.2017 р., на базі 177 ЗОЗ послуги ЗПТ отримували 9 631 особа, з них 8 189 пацієнтів отримували препарат метадону гідрохлорид (таблетований), 415 – метадону гідрохлорид (розчин оральний), 1 027 пацієнтів – бупренорфіну гідрохлорид (табл. сублінгвальні). За перше півріччя поточного року програма ЗПТ збільшила своє охоплення на 4,5%.

Доступ до програми ЗПТ суттєво відрізняється у різних регіонах та в цілому не відповідає поставленим національним завданням. Так, відсоток осіб, охоплених послугами ЗПТ, відносно осіб, що перебувають під диспансерним наглядом у зв'язку з опіоїдною залежністю, по Україні в середньому становить 22,8% і значно відрізняється в залежності від регіону (від 46,9% у Сумській і до 9,8% у Одеській областях).

Найвищих показників охоплення лікуванням вдалося досягти в Сумській (46,9%), Луганській (46,5%, без урахування частини території проведення антитерористичної операції), Вінницькій (45,8%), Житомирській (42,2%), Полтавській (36,2%) областях (див. Рис.2.2).

Найнижче охоплення зареєстровано у Одеській (9,8%), Донецькій (11,5%), Запорізькій (11,9%), Волинській (13,5%) та Черкаській (14,6%) областях. Зазначені області потребують особливої уваги в плані розширення програми, з метою наближення до рекомендованого охоплення послугами ЗПТ осіб, що потребують лікування.



Рис. 2.2

Найвищі та найнижчі показники
охоплення лікуванням в областях України

Характеризуючи в цілому ситуацію, яка склалась з епідемією ВІЛ-інфекції в Україні слід підкреслити, що досягнуті перші ознаки уповільнення епідемічного процесу ВІЛ-інфекції:

- відзначається зниження поширеності ВІЛ серед первинних донорів та вагітних, молодих наркоспоживачів;
- простежується тенденція до зменшення смертності від хвороб, обумовлених СНІДом;
- розширюється спектр медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, який включає лікування туберкульозу, опортуністичних інфекцій, інфекцій, що передаються статевим шляхом, вірусного гепатиту С, інших супутніх хвороб та станів.

Дані офіційних звітів говорять про те, що завдання Загальнодержавної програми в сфері контролю за епідемією, надання медичної допомоги і соціального супроводу хворих в цілому виконані.

Стратегія ЮНЕЙДС 2016-2021 рр “Прискорення мір для припинення епідемії СНІДу” стала настановою до прискорення досягнення цілей 90х90х90

щодо лікування, максимізації охоплення тестуванням на ВІЛ і захисту здоров'я людей, що живуть з ВІЛ, які ще до сьогодні не звернулись по медичну допомогу [139]. Це вимагає від держави і громадськості активного пошуку нових форм взаємодії.

За статистичними даними за 2016 рік відмічається високий рівень втрат з обліку ВІЛ-позитивних осіб з під нагляду системи охорони здоров'я України. Нижче наводимо такі дані. Жіночі консультації демонструють найнижчий рівень втрат пацієнтів з системи обліку – 7%, при цьому охоплення тестуванням вагітних жінок складає понад 95%.

У закладах, що проводять добровільне консультування та тестування на ВІЛ (далі – ДКТ) втрачається 14% пацієнтів, незалежно від того, належать вони до загального населення чи до основних груп підвищеного ризику ВІЛ-інфікування.

Дані протитуберкульозних, шкір-венерологічних та наркологічних диспансерів обмежені, краще охоплення тестуванням спостерігається у протитуберкульозних закладах – відповідно 52% і 89% для амбулаторних і стаціонарних відділень.

Неурядові організації в рамках аутріч-роботи проводять тестування серед уразливих груп населення і надають дані по кожній ланці каскаду послуг. Проведений аналіз вказує, що 42% пацієнтів, обстежених в НУО, з підтвердженим діагнозом ВІЛ, не доходять до спеціалізованих закладів охорони здоров'я, і найвищий відсоток при цьому спостерігається серед споживачів ін'єкційних наркотиків – 45%. Таким чином можна констатувати, що 25% зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів і 49% від оціночної кількості ВІЛ-позитивних осіб втрачаються для системи диспансерного нагляду.

Виходячи з вище зазначеного нами проаналізовані дані Українського центру контролю за соціально небезпечними хворобами та проекту “Deloitte” щодо маршруту і тенденції втрат під час постановки на облік ВІЛ-

позитивного пацієнта з системи охорони здоров'я в Україні [37]. В рамках проекту Бюро ВООЗ в Україні почали впроваджувати консультування та тестування (далі – КіТ) на ВІЛ-інфекцію в практиці лікарів первинної медико-санітарної допомоги за певним алгоритмом рис. 2.3.

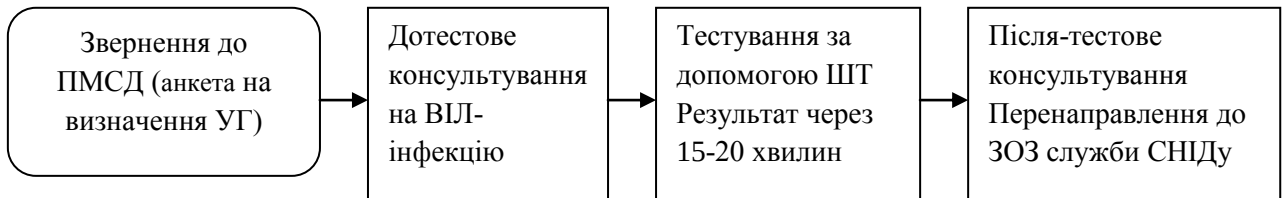


Рис. 2.3

Алгоритм здійснення КіТ на ВІЛ-інфекцію у закладах первинної медико-санітарної допомоги

Згідно наведеного рисунку, послідовність дій, на першому етапі звернення пацієнта до закладу охорони здоров'я служби ВІЛ/СНІДу, проводиться його персоніфікація у відповідності до паспортних даних; проводиться збір анамнезу та об'єктивне обстеження, а також повторне тестування на ВІЛ.

Як було встановлено в ході дослідження, пацієнти втрачаються з обліку в системі охорони здоров'я після кожного етапу алгоритму здійснення КіТ на ВІЛ-інфекцію у закладах первинної медико-санітарної допомоги. Це вимагає розробки належних протоколів та моніторингу переадресації пацієнтів з первинної ланки медичної допомоги до закладів охорони здоров'я служби СНІДу.

Саме тут, координуюча роль фахівців РЦ СНІДу має надзвичайну актуальність для взаємодії служби СНІДу з медичними установами різних служб та відомств, неурядовими ВІЛ-сервісними організаціями та все ще потребує покращення.

Підсумовуючи матеріал підрозділу, необхідно зазначити, що інтенсивність епідемічного процесу щодо поширення ВІЛ/СНІДу слід

розглядати як індикатор управлінської діяльності. Адже цей індикатор об'єктивно віддзеркалює реальний стан епідемії не тільки на національному рівні, але й відображає рівень регіональний та місцевий. Тож цей показник інтенсивності епідемічного процесу застосовувався на початку епідемії як суто галузевий показник інфікованості, захворюваності та смертності і мав суто медичний вимір. Пізніше із впровадженням АРТ з метою мінімізації вертикальної передачі інфекції та максимізації організаційного механізму управлінської діяльності в акушерсько-гінекологічній службі вдалося досягти вагомих здобутків у запобіганню темпів передачі інфекції від матері до дитини.

Тому на часі постає питання удосконалення системи оцінювання управління у сфері державно-громадської взаємодії на основі нових підходів, які забезпечують охоплення оціночним виміром взаємодію на рівні від територіальної громади до національного рівня включно. Так відповідно до методичних рекомендацій для лікарів-епідеміологів центрів з профілактики та боротьби зі СНІД «Аналіз епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції/СНІД за статистичними показниками МОЗ України» пропонується проводити таку оцінку методом ранжування показників з урахуванням тенденцій рівнів показників (П) за три/два попередні роки та їх темпів росту (Т). Згідно цього регіони були розподілені на три групи за рівнями зареєстрованої захворюваності на ВІЛ-інфекцію на підставі розрахунку середнього квадратичного відхилення (σ) значення показника захворюваності за 2015 р. До регіонів I групи з високим рівнем захворюваності відносили області зі значеннями вище 2σ ($> 50,5$ на 100 тис. нас.); до регіонів II групи з середнім рівнем захворюваності – зі значенням від 1σ до 2σ (від 25,2 до 50,5 на 100 тис. нас.); до регіонів III групи з низьким рівнем захворюваності – зі значенням 1σ та менше ($\leq 25,2$ на 100 тис. нас.).

Для кожної групи регіонів – з низьким, середнім, високим рівнями захворюваності на ВІЛ-інфекцію – розраховувався рейтинг територій за

інтенсивністю епідемічного процесу, що базувався на ранжуванні рівнів (П) та середніх темпів росту (Т) восьми статистичних показників, отриманих за даними офіційної звітності протягом 2013 – 2015 рр.:

- захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб віком 15 років і старше (за даними РЕН) – П1, Т1;
- захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед осіб 15-24 років (за даними РЕН) – (П2, Т2); – поширеність ВІЛ серед вагітних (за даними звітних форм №21, №63, показник враховує загальну кількість ВІЛ-позитивних вагітних незалежно від моменту встановлення ВІЛ-позитивного статусу) – П3, Т3;
- інфікованість ВІЛ серед вагітних 15-24 років (за даними СЕМ, показник враховує нові випадки інфікування ВІЛ серед вагітних молодшої групи) – П4, Т4;
- інфікованість ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків (за даними СЕМ) – П5, Т5;
- інфікованість ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (за даними СЕМ) – П6, Т6;
- інфікованість ВІЛ серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (за даними СЕМ) – П7, Т7;
- смертність, пов'язана з ВІЛ-інфекцією (за даними РЕН) – П8, Т8.

Перші рангові місця показників П1 – П8 присвоювалися територіям з найменшими значеннями рівнів показників та їх темпів росту. Сумарний ранг (SR) дорівнює сумі рангів показника (rП) і темпу росту показника (rТ). Загальні критерії відбору показників представлені у табл. 2.2.

За рейтинговою територіальною оцінкою показників інтенсивності епідемічного процесу у 2015 р. перше (найкраще) рангове місце посідає серед регіонів I групи – Миколаївська область, серед регіонів II групи – Черкаська область, серед регіонів III групи – Чернівецька область (Додаток Д).

Таблиця 2.2

Критерії оцінки державно-громадської взаємодії на основі показника
інтенсивності епідемічного процесу

Критерії	Зміст критерія за даними МОЗ України	Характеристика взаємодії (авторська розробка)
Доступність	Можливість отримання значення показника по кожній території, переважно за даними офіційної статистики	Можливість отримання значення показника по кожній території у розрізі ГПР (польові дослідження НУО)
Динамічність	Показник розраховується у часі та має кількісну тенденцію	Без змін
Релевантність стадії епідемії	Показник відображає стан реалізації заходів протидії серед осіб з ГПР	Показник відображає стан реалізації заходів протидії серед населення в цілому
Достовірність та надійність	Джерела даних та методологія розрахунку показника є надійними, складові показника – верифікованими	Джерела даних та методологія розрахунку показника на основі експертного оцінювання та анкетування

Найбільш несприятлива епідемічна ситуація відмічається серед регіонів І групи – у Одеській області, серед регіонів ІІ групи – у Запорізькій області, серед регіонів ІІІ групи – у Сумській області. Разом з тим, слід зазначити, що існуючі критерії оцінки інтенсивності епідемічного процесу потребують удосконалення, адже розраховуються виключно на підставі сталих даних офіційної статистики та не відображають в цілому епідеміологічний дизайн поширення хвороби серед загального населення, а тільки в групах підвищеного ризику. Тому авторські пропозиції, значно розширюють діапазон оцінювання державно-громадської взаємодії на основі удосконалення

критеріїв доступності, релевантності стадії епідемії та достовірності і надійності.

2.2. Механізми взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні

Стабільність і розвиток демократичної держави є неможливими без організації ефективної взаємодії між органами державної влади та інститутами громадянського суспільства. Саме участь громадян в управлінських процесах на всіх рівнях, починаючи від місцевого і до загальнодержавного, та на всіх етапах підготовки, прийняття і реалізації управлінських рішень дозволяє підвищити ефективність здійснення владних функцій в цілому. Отже, визначення механізмів взаємодії органів влади та громадськості, шляхів їх вдосконалення та впливу на демократичні процеси в Україні є актуальною проблемою сучасної науки державного управління [98].

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

Початком створення нормативно-правової бази у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні можна вважати 1987 рік, коли було розпочато офіційну реєстрацію випадків ВІЛ-інфекції в Україні. В основі законодавства про у цій сфері передусім лежить Конституція України, адже проголошує рівність конституційних прав і свобод громадян України та недопустимість привілеїв чи обмежень, в тому числі за ознаками статі (ст. 24). У статті 49 Конституції України проголошене право на охорону здоров'я, медичну допомогу, медичне страхування та закріплено обов'язок держави створити умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування [68].

Важливе значення для захисту прав ВІЛ-інфікованих осіб мають Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. [232], яким закріплено право на життя (ст. 281), право на охорону здоров'я (ст. 281), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285), на таємницю про стан здоров'я (ст. 286) та інше; Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 р. [69], Закон України “Про інформацію” від 02.10.1992 р. № 2657-ХП [150] та ін.

Важливу роль у структурі українського законодавства у сфері захисту прав ВІЛ-інфікованих осіб відіграють прийняті Верховною Радою у 1992 році Основи законодавства України про охорону здоров'я, у яких закладено основні принципи регулювання надання медичної інформації (ст. 39), захисту інформації про стан здоров'я особи (ст. 40), отримання інформованої згоди на медичне втручання (ст. 43) тощо [112].

Першим законодавчим актом безпосередньо у сфері протидії ВІЛ/СНІДу став Закон України від 12.12.1991 № 1972-ХІІ “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення” [158]. Цей Закон заклав основи для правового захисту ВІЛ-інфікованих осіб і забезпечив вплив на формування всього подальшого національного законодавства у сфері ВІЛ. У Законі зазначається, що “розповсюдження СНІДу... створює загрозу особистій, громадській та державній безпеці” [158], і боротьба з цією інфекцією є одним з пріоритетних завдань держави. Цей нормативно-правовий акт став першим політичним документом про участь держави у вирішенні проблем ВІЛ/СНІДу та першим кроком до визнання України суб'єктом міжнародної спільноти на шляху боротьби з глобальною епідемією [192].

Проте, незважаючи на цілий ряд надзвичайно важливих новацій, закон 1991 року в значній мірі втілював авторитарний підхід, типовий для Радянського Союзу, та містив окремі неузгодженості і протиріччя. Тому в період, коли Україна не мала власного наукового і практичного досвіду щодо створення актуальних для країни напрямів законотворчості [78], вона взяла за

основу досвід інших країн, які вже мали на той час таку життєву школу з 1983 року. Швеція (8.03.1983 р.), Австрія (16.03.1983 р.) і Франція (20.06.1983 р.) стали першими державами, уряди яких розробили та прийняли нормативно-правові документи щодо протидії епідемії ВІЛ/СНІДу [242, с. 35-37.]. Найбільший внесок у нормативно-правову творчість за період 1983-1992 рр. зробила Франція (1983-1985 рр. – 7; 1986-1988 рр. – 29; 1989-1990 рр. – 14; 1991-1992 рр. – 16 документів). У період з 1983 – по 1992 рр. цими державами було створено базові напрями законодавчої основи боротьби з епідемією у міжнародному масштабі [264].

У січні 2011 року вступив у силу змінений Закон “Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ” [145], який засновується на повазі до прав людини у сфері ВІЛ та СНІД, що є наріжним каменем національної відповіді на епідемію ВІЛ в Україні. Зміни, внесені у Закон у 2011 році, узгоджують українське законодавство в галузі ВІЛ/СНІДу з міжнародними стандартами громадського здоров’я, прийнятими практиками захисту соціальних та інших прав людини, а також істотно посилюють існуючі програми та заходи, засновані на доказових даних та ефективні в багатьох країнах.

Цей Закон забезпечує державні гарантії щодо перелічених нижче ключових напрямків з метою зміцнення ефективної національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні:

1. Послуги із зниження шкоди, включаючи програми обміну голочок та шприців та замісної підтримуючої терапії для людей, які споживають ін’єкційні наркотики.
2. Збереження конфіденційності ВІЛ-статусу для людей, які живуть з ВІЛ.
3. Скасування обмежень на в’їзд, перебування та проживання в Україні для негромадян України, які живуть з ВІЛ.

4. Пост-контактна профілактика для жертв сексуального насильства та надавачів послуг у сфері охорони здоров'я.

5. Доступ до послуг, пов'язаних з ВІЛ, для підлітків незалежно від згоди батьків.

З прийняттям Закону України “Про благодійництво та благодійні організації» від 16.09.1997 р. №531/97-ВР стало можливим створення перших неурядових громадських ВІЛ-сервісних організацій [95], які підтримують впровадження замісної підтримуючої терапії та інші заходи із зменшення шкоди, спрямовані на групи найвищого ризику.

Наразі в Україні відбувається процес гармонізації та узгодження оновленого Закону про СНІД з іншими нормативно-правовими актами.

Також варто згадати про підписання в лютому 2011 року Угоди про рамкове партнерство між урядом США та Кабінетом Міністрів України, підкреслює декілька цільових напрямків, які потребують національного режиму виконання заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні.

Аналіз нормативно-правових документів показав, що органи місцевого самоврядування та управління охорони здоров'я згідно із Законом України “Про захист населення від інфекційних хвороб” [99] мають окремі повноваження у сфері боротьби з інфекційними хворобами, до яких віднесено ВІЛ (ст. 5, 6). Відповідно до ст. 11 цього Закону організація та проведення профілактичних і протиепідемічних заходів покладаються на органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, органи державної санітарно-епідеміологічної служби, заклади охорони здоров'я, підприємства, установи та організації незалежно від форм власності, а також на громадян. Це тягне за собою право місцевих органів влади приймати управлінські рішення у вигляді локальних нормативних актів, яким місцеві органи користуються. У Законі такі повноваження окреслені загально (“здійснюють комплексні заходи, спрямовані на ліквідацію епідемій, спалахів інфекційних

хвороб та їх наслідків”, “забезпечують проведення профілактичних та протиепідемічних заходів”), що створює можливість тлумачити їх широко.

Важливим аспектом в дослідженні є накази Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614аі4 (zareestrovano v Ministerstvi yustitsii Ukraini 26.12.2007 р. за № 1405/14672) “Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей” було затверджено відповідну Інструкцію. Розділ 2 цієї Інструкції передбачає, що заходи з питань профілактики ВІЛ-інфекції у жінок здійснюються відповідними методами та формами.

Дослідження показало, що Україна на державному рівні взяла на себе зобов'язання з дотримання прав ВІЛ-позитивних осіб і надання їм соціальної підтримки. Основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги, визначає Закон України “Про соціальні послуги” від 19.06.2003 р. № 966-ІУ [163].

Разом з тим, аналізуючи нормативно-правове забезпечення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, необхідно зупинитися на його відповідності міжнародним принципам і стандартам.

Міжнародні договори універсального характеру, прийняті на рівні ООН, відіграють головну роль у міжнародному захисті прав людини, зокрема прав ВІЛ-інфікованих осіб. Україна є учасницею переважної більшості таких міжнародних договорів [67; 65; 162; 222].

Серед важливих міжнародних документів рекомендаційного характеру у контексті ВІЛ/СНІДу слід назвати:

- Програму дій, прийняту на Міжнародній конференції з питань народонаселення та розвитку (МКПНР) [36];
- Пекінську декларацію та платформу дій 4-ї Всесвітньої конференції ООН про становище жінок [235];
- Декларацію про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом [24];
- Паризьку декларацію “Жінки, діти та синдром набутого імунodefіциту (СНІД)” [48];
- Коментар з питань ВІЛ/СНІД і захисту біженців, вимушено переміщених осіб та інших осіб, які перебувають під опікою УВКБ ООН [64]. Відповідно до п. 3 Коментаря “Права людини визначають основну нормативну систему, що регулює діяльність УВКБ ООН із захисту і надання сприяння ВІЛ-інфікованим і хворим на СНІД особам, які знаходяться під опікою УВКБ ООН”;
- Застереження загального порядку № 3 “ВІЛ/СНІД і права дитини” [50].

Тепер розглянемо сучасну систему організаційного забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Вона є доволі складна, включає до себе велику кількість суб’єктів взаємодії, які часто дублюють функції одне одного, а також відрізняється слабкою координацією.

До недавнього часу питаннями протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні займалося виключно МОЗ України. Проте у зв’язку зі складністю та міждисциплінарністю даної проблеми, а також її серйозними соціально-економічними наслідками до її вирішення стали долучатися й інші інституції різного рівня, від міжнародних організацій до приватних і громадських структур як на національному, так і на місцевому рівнях.

До останнього часу у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу свої функції виконували ряд інституцій (див. Додаток Д), до яких відносяться:

1. Міністерство охорони здоров’я України.

2. Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань.

3. Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, створена 2005 року, а з 2007 року - Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу [31, 152].

4. Державний заклад “Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України”.

5. Державна установа “Український центр контролю за соціально небезпечними захворюваннями МОЗ України”.

6. Державна санітарно-епідеміологічна служба України [156] та інші.

З метою забезпечення міжвідомчої та міжсекторальної взаємодії у напрямі впровадження державної політики протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2007 р. було створено урядовий орган державного управління - Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам (Комітет), правонаступником якого у 2011 р. стала Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням як центральний орган виконавчої влади. Крім того, Держслужба України соцзахворювань була робочим органом Національної ради як координаційного механізму взаємодії держави і громадянськості у сфері протидії. Національна рада мала статус дорадчо-консультативного органу, створеного при Кабінеті Міністрів України. Основними функціями Держслужби України соцзахворювань як Секретаріату Національної ради були підготовка проектів плану роботи та звітів Ради, підготовка програми та матеріалів до засідань Ради, організаційне забезпечення підготовки та проведення її засідань тощо.

Однак, сьогодні в Україні існує наступна система координації діяльності державних та громадських організацій у напрямі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (рис. 2.4).



Рис.2.4
Координаційний механізм
державно-громадської взаємодії
у сфері протидії ВІЛ/СНІДу

1) Колегіальний орган прийняття рішень на національному рівні - Національна координаційна рада з питань протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу було утворено при Кабінеті Міністрів України (Постанова КМУ від 16 травня 2005 р. № 352). У 2007 р. її було реорганізовано у Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (Постанова КМУ від 11 липня 2007 р. № 926).

Національна рада є постійно діючим консультативно-дорадчим органом КМУ, який здійснює міжсекторальну координацію національної відповіді на епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу. Національна рада також виконує функції координаційного механізму країни відповідно до вимог Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (Глобального Фонду) [132].

До складу Національної ради входить 31 особа, в тому числі 35% (11 осіб) - представники недержавного сектору: академічний сектор, Всеукраїнська благодійна організація (ВБО) “Всеукраїнська мережа ЛЖВ”,

хворі та постраждалі від туберкульозу, громадські національні та міжнародні організації, релігійні організації, приватний сектор, профспілки (рис.2.5).

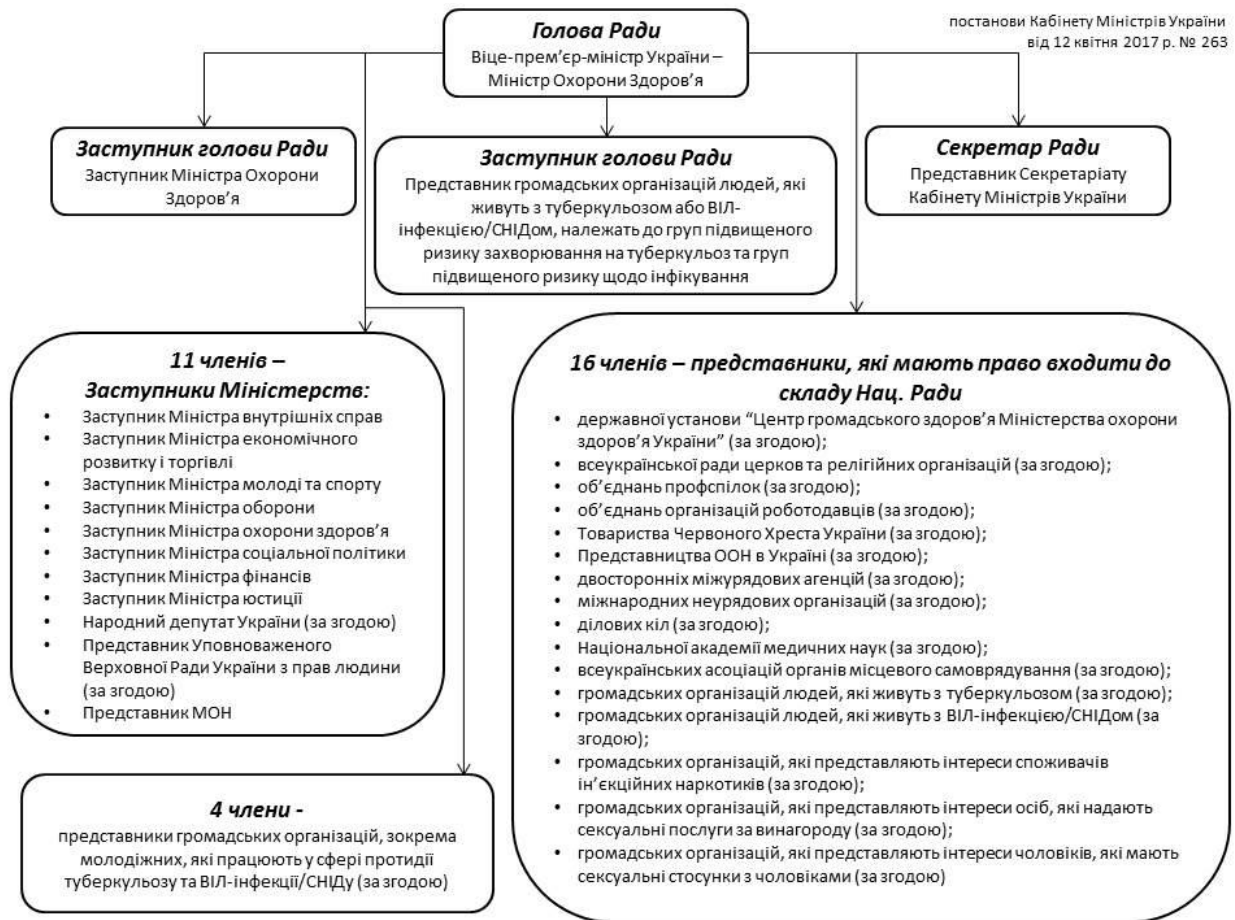


Рис.2.5
Структура Національної ради
з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу

Державний сектор представлено керівництвом центральних органів виконавчої влади, участь яких у роботі Національної ради сприяє її ефективній роботі та результативному вирішенню питань. До участі у засіданні ради можуть долучатися усі зацікавлені сторони.

Національна рада розглядає питання політики України відносно епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу і туберкульозу, зокрема, реалізації Загальнодержавних програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу і грантів Глобального Фонду (є Координаційним механізмом країни у 1, 6, 9, 10 раундах). Організаційною

формою роботи Національної ради є щоквартальні засідання, які проводяться відповідно до річного плану (або частіше).

2) Колегіальні органи прийняття рішень на регіональному рівні. У 2005-2006 рр. у всіх регіонах України створено 27 Регіональних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (Рада з ТБ/ВІЛ). Ради з ТБ/ВІЛ було утворено при Раді міністрів АР Крим, обласних, Київській і Севастопольській міських державних адміністраціях як консультативно-дорадчі органи. Їх склад і завдання відповідають складу і завданням Національної ради.

3) Колегіальні робочі органи з розробки проектів рішень на національному рівні:

а) 30 тимчасових і постійних технічних експертних робочих груп (робочі групи) з різних питань протидії епідеміям туберкульозу і ВІЛ-інфекції/СНІДу. Групи утворено при міністерствах, які представлено у складі Національної ради (зокрема, 15 робочих груп - при Міністерстві охорони здоров'я України, решта - при Міністерстві освіти і науки, молоді та спорту України, Державній пенітенціарній службі України, інших міністерствах), до їх складу входять представники державних структур, міжнародних та українських організацій, експерти.

б) Комітети Національної ради - Програмний комітет та комітет з регіональної політики (створені у 2010 р. рішенням Національної ради з метою підвищення якості підготовки проектів рішень Національної ради, більшого залучення зацікавлених сторін до роботи Національної ради, гармонізації діяльності робочих груп) (Рис.2.6).

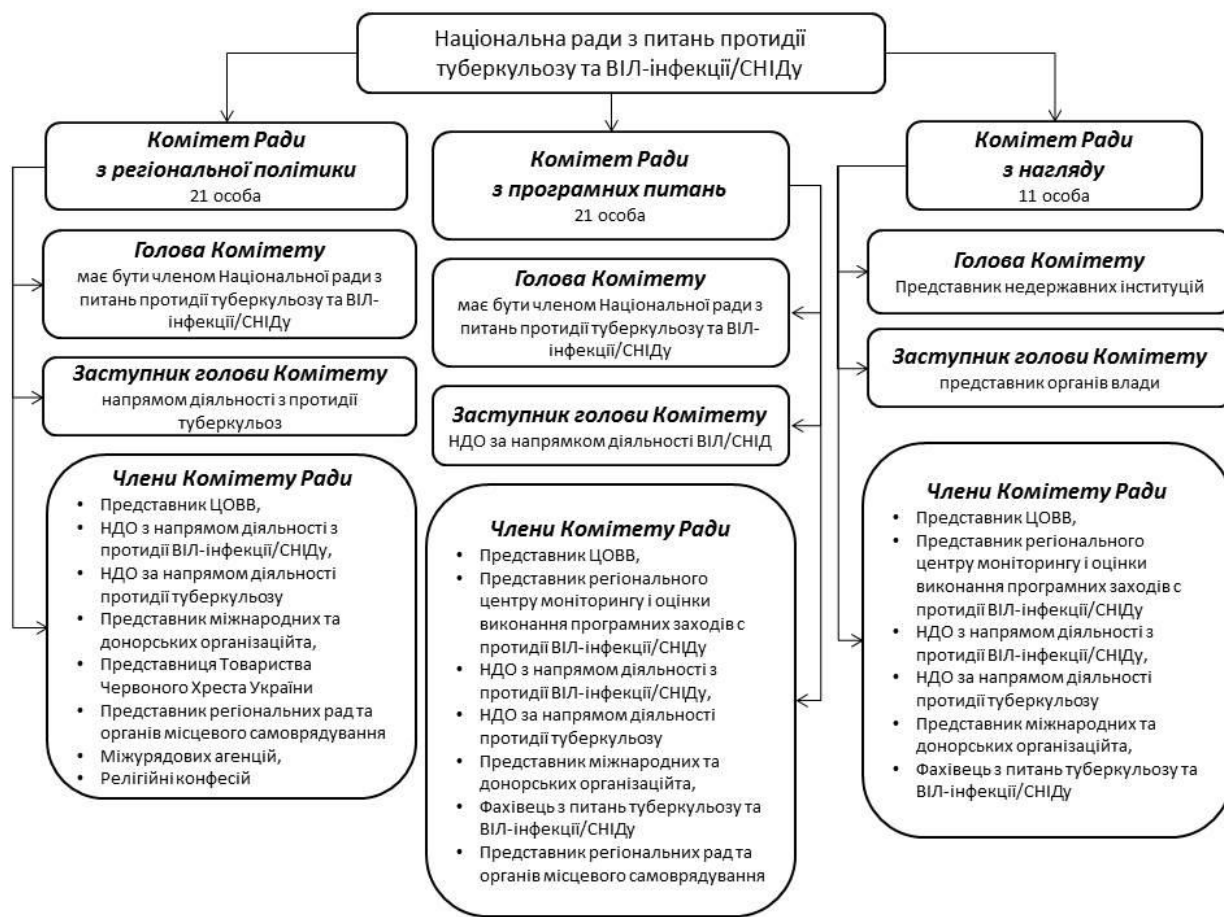


Рис. 2.6

Структура Національної Ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу

в) Наглядова комісія проектів Глобального фонду (створена у 2010 р. для здійснення нагляду за процесом реалізації грантів Глобального фонду, наразі формується її персональний склад) (Рис.2.7).

4) Постійно діючий Секретаріат для забезпечення роботи колегіальних органів на національному рівні. Він забезпечує організаційні, інформаційні та матеріально-технічні функції діяльності Національної ради та інших колегіальних органів на національному рівні (Рис.2.8).

Аналіз діяльності цих структур показав, що причини низької ефективності координаційних структур не є унікальними для України, а багато в чому повторюють проблеми, які поставали в інших країнах.

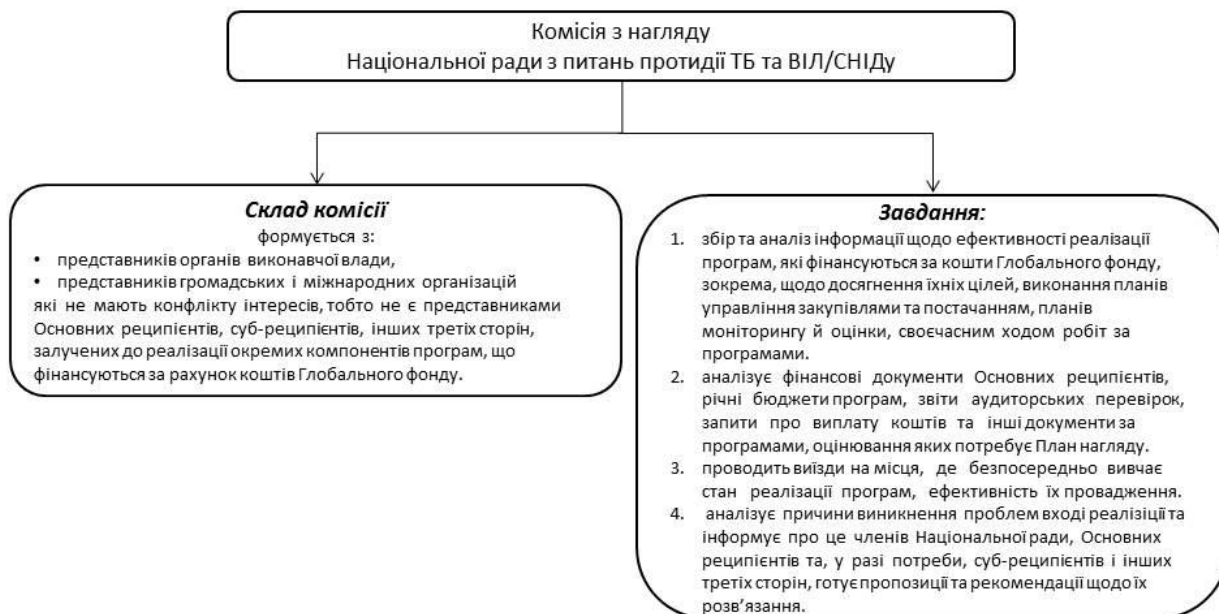
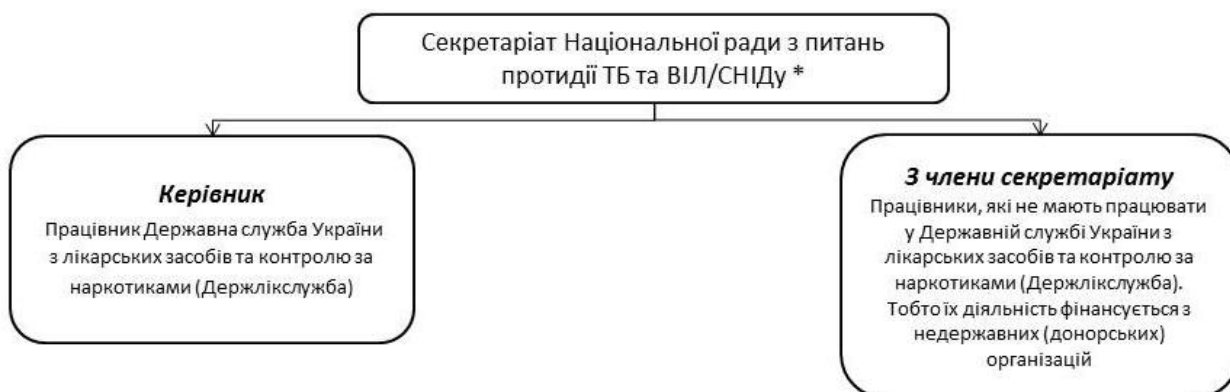


Рис. 2.7

Склад та завдання Комісії з нагляду



*Персональний склад Ради затверджується головою Ради за поданням Міністерства охорони здоров'я України, що виконує функцію Секретаріату Ради.

Рис. 2.8

Склад Секретаріату Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу

Насамперед, це: декларативний характер самих структур, відсутність чіткого механізму впровадження політичних рішень і відповідальності, домінування державного сектору в складі ради попри його незацікавленість в її роботі, змінюваність представників органів влади в координаційних радах,

відсутність системності у роботі ради й необхідних ресурсів для здійснення нею своєї діяльності на щоденному рівні, низька вмотивованість, матеріальна незацікавленість членів ради в участі в її роботі та брак лідерів в структурі її керівництва, низький рівень комунікації й відсутність прозорості у діяльності координаційних структур. Один із найсерйозніших прорахунків національної координаційної ради – фактичне невиконання нею своєї основної функції, тобто координації [189, с. 29].

Погоджуємось із думкою вітчизняної дослідниці А.Г. Палій про те, що ефективна модель взаємодії інститутів громадянського суспільства із органами державної влади потребує забезпечення інформаційної відкритості з боку органів державної влади, вчасного інформування про підготовку політичних рішень, а також охоплення механізмами громадського контролю, громадської експертизи, моніторингів, консультацій з громадськістю питань, що мають першочергове значення для суспільства, зокрема, виконання державних програм, загальнонаціональних та місцевих програм розвитку, стратегічних документів, планів, програм розвитку сфер, галузей, регіонів тощо [120;121].

Тому для належного забезпечення координації державно-громадської взаємодії у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на сьогодні особливо слушною є пропозиція щодо створення Національного центру громадського здоров'я, який включає в себе Департамент інфекційних хвороб, управління нагляду за ТБ, СНІДом, парентеральними ВГ та ІПСШ (рис.2.9). До функціональних обов'язків управління відноситимуться підтримка та розвиток системи епіднагляду за ВІЛ, ТБ, парентеральних ВГ та ІПСШ, включаючи картування захворюваності та поширеності, визначення уразливих груп та проведення спеціальних досліджень щодо їх вивчення, аналіз тенденцій, прогалин та нерівностей щодо доступності допомоги, планування та організація спеціальних біоповедінкових та скринінгових досліджень, підготовка проектів відповідних державних програм [180, с. 44].

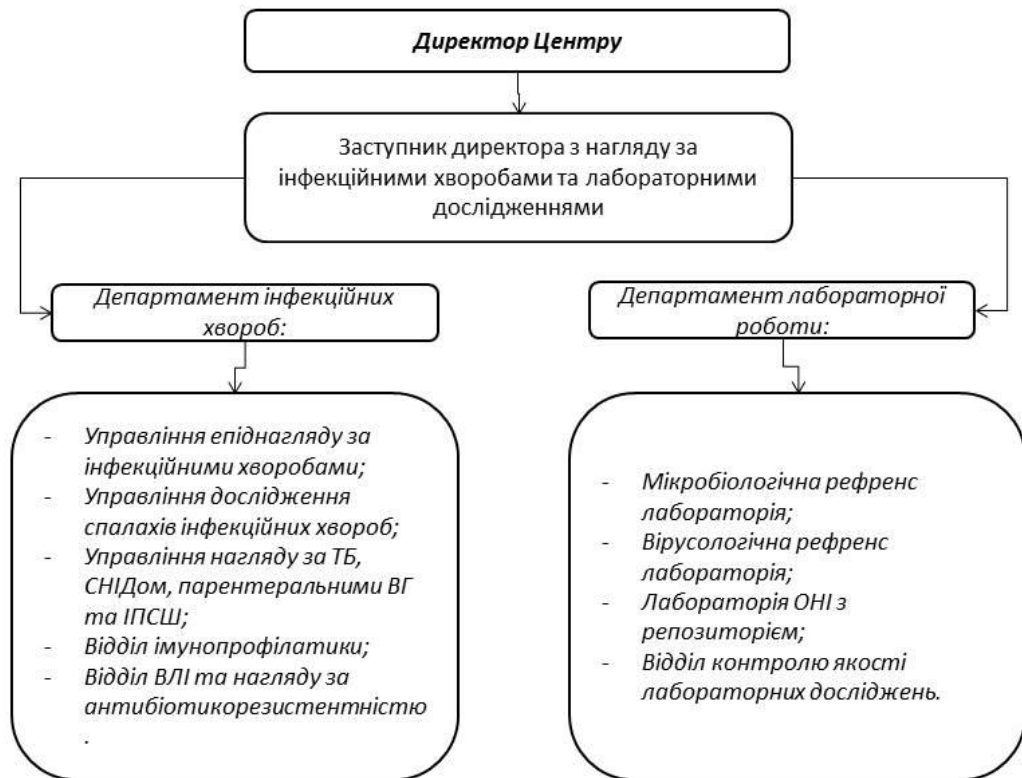


Рис. 2.9
Структура Національного центру громадського здоров'я

Загалом Національний центр громадського здоров'я зможе здійснювати аналітично-організаційну роботу та готувати проекти управлінських рішень, зорієнтовані на формування державної політики та стратегічного управління з питань громадського здоров'я; реалізацію комплексних заходів з профілактики та лікування захворювань, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив; створення чіткої та прозорої системи звітності за результатами впровадження програм і проектів у сфері громадського здоров'я та запровадження громадських слухань з обговорення питань відносно станів здоров'я населення та його детермінант; забезпечення координації дій усіх секторів державного управління та зацікавлених сторін [180, с. 5].

Оскільки на нинішньому етапі до протидії поширенню ВІЛ/СНІДу долучається багато міжнародних ресурсів і організацій, а також національних

інституцій громадянського суспільства та державної влади, існує згода щодо потреби координувати програми дій у цій сфері. Так, Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, створений світовою спільнотою 2001 року, однією з передумов отримання певною країною фінансової допомоги висунув необхідність функціонування національного координаційного комітету, де щонайменше 40 відсотків членів є представниками громадського сектору.

Відмітимо, що сьогодні сфера ВІЛ-сервісу продовжує активно розвиватись, удосконалюються та урізноманітнюються послуги для людей, яких спіткала ця хвороба. Переломним у ході епідемії ВІЛ/СНІДу став 2004 рік, коли було розпочато широкомасштабне антиретровірусне лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД. На сьогодні завдяки зусиллям недержавних організацій, міжнародних агенцій та державних структур антиретровірусна терапія в Україні є доступною для багатьох, хто її потребує. Отже, ситуація вимагає якісно нового рівня організації послуг для ЛЖВ в Україні. Протягом останніх років у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні з'явилася велика кількість організацій, що опікуються доглядом та підтримкою ВІЛ-позитивних людей, лобіюванням їхніх інтересів та захистом прав, формуванням толерантного ставлення суспільства до людей, які живуть із ВІЛ.

Зокрема, громадський центр комплексної допомоги ЛЖВ - особлива форма організації надання послуг у місцевих територіальних спільнотах; агенція, що надає комплексну консультаційно-інформаційну допомогу, догляд та підтримку людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, їхнім сім'ям та близькому оточенню через впровадження спектра психологічних, соціальних, юридичних, інформаційних та медичних послуг. Таким чином, ком'юніті-центри як форма надання послуг ВІЛ-позитивним людям мають на меті задоволення великої кількості потреб людей із ВІЛ-позитивним статусом та надання їм всебічного догляду і підтримки. Одним із прикладів успішного

застосування комплексного підходу до надання послуг таким людям є Київський громадський центр комплексної допомоги ЛЖВ [188, с. 74-75].

У 2011 році Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію планування, залучення, ефективного використання та моніторингу міжнародної технічної допомоги і співробітництва з міжнародними фінансовими організаціями впродовж 2011-2016 років (розпорядження КМУ від 20 жовтня 2011 року №1075-р). Так, у контексті компонента модернізації системи охорони здоров'я стратегії залучення міжнародної технічної допомоги передбачено наступні завдання:

- профілактика поширення ВІЛ-інфекції серед та за межами уразливих груп населення; забезпечення доступу до послуг з лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; створення єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, що здійснюються на національному та регіональному рівнях;

- удосконалення діяльності мережі реабілітаційних центрів для споживачів ін'єкційних наркотиків з метою позбавлення їх наркотичної залежності та соціальної адаптації; розширення мережі спеціалізованих служб з надання соціально-медичних, інформаційних, психологічних і юридичних послуг уразливим групам населення;

- профілактика та запобігання поширенню захворювання на туберкульоз, діагностика, лікування, медико-соціальна реабілітація та диспансеризація хворих на туберкульоз; забезпечення безоплатності, доступності та рівних можливостей отримання протитуберкульозної допомоги.

Не менш значущим для державно-громадської взаємодії в сфері протидії ВІЛ/СНІДу є інформаційний механізм державного управління. Для України робота органів влади з інформацією, накопичення навичок поширення та презентації інформації, використання її для представництва інтересів,

планування та прийняття рішень є важливим ресурсом узгодження політики, у тому числі й у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Сучасний інформаційний механізм державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні є доволі складний. Це обумовлено великою кількістю суб'єктів державно-громадської взаємодії, які часто дублюють функції одне одного, а також недостатнім рівнем координації їх діяльності.

Ключовим чинником налагодження ефективної державно-громадської взаємодії в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є комплексний підхід до формування інформаційної активності всіх партнерів та забезпечення масштабної інформаційної діяльності, а також застосування єдиного структурованого підходу до обробки інформаційного масиву, який створюється за результатами діяльності суб'єктів державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Відповідно до Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки недостатній рівень поінформованості населення щодо виявлення ВІЛ-інфекції та шляхів запобігання інфікуванню, відсутність мотивації до безпечної поведінки і тестування на ВІЛ – є одним із перших факторів розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу [146].

Інформаційне забезпечення державно-громадської взаємодії у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу здійснюється на двох рівнях [142] (Рис.2.10):

1. Внутрішній комунікаційний рівень. На цьому рівні відбувається формування комунікативного середовища між усіма суб'єктами державно-громадської співпраці та відбувається їх взаємоузгодженість. Даний рівень охоплює всіх партнерів співпраці: державні органи влади, органи місцевого самоврядування, інституції громадянського суспільства, заклади системи охорони здоров'я, дорадчі органи при органах влади, міжнародні організації, які працюють у досліджуваний сфері.



Рис. 2.10
Схематичне зображення рівнів комунікаційної взаємодії

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

Характер та подача інформації на кожному з цих рівнів дещо відрізняється. Так, внутрішній комунікаційний рівень потребує забезпечення оперативних та доступних каналів професійного спілкування, вузькопрофесійного підходу до інформаційного наповнення. На противагу йому, зовнішній комунікаційний рівень вимагає розуміння медіа-ринку, стилю та особливостей роботи ЗМІ, зокрема, спеціалізованих, їх аудиторії, редакційної політики тощо. У зв'язку з цим постає необхідність у більш детальному аналізі актуальних потреб контактних аудиторій.

Інформаційний механізм у сфері протидії ВІЛ/СНІДу включає в себе шість основних компонентів, які відповідають глобальній структурі та рівням системи моніторингу та оцінки [113] :

1. Оцінка та планування – аналіз ситуації, аналіз відповіді, потреб учасників, аналіз ресурсів, план співробітництва між державними та громадськими інституціями.
2. Внесок – нормативно-законодавча база, бюджет, матеріально-технічні ресурси, які виділяються на боротьбу з епідемією.
3. Процес – будь-яка діяльність, спрямована на виконання поставлених завдань (кількість навчених фахівців, проведених заходів, виготовлених/розповсюджених матеріалів тощо).
4. Результат – спектр і якість послуг, які надаються з метою досягнення результатів, та ступінь охоплення ними різних груп населення (кількість/відсоток охоплених).
5. Наслідки – зміни у знаннях, ставленні та поведінці, що впливають на здоров'я населення та поширення епідемії.
6. Вплив – значущі зміни у здоров'ї населення та економічній ситуації внаслідок ефективності заходів, спрямованих на протидію епідемії ВІЛ/СНІДу.

Нищенаведений рис. 2.11 більш детально розкриває етапи реалізації інформаційного механізму державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Для того щоб інформація виконувала свою роль в управлінському процесі, вона повинна бути якісною, тобто давати правильне і найбільш повне уявлення про об'єкти або процеси і не містити помилок. Від того, наскільки інформація якісна за змістом, за часовим відображенням та можливістю аналізу, залежить правильність управлінського рішення [182, с. 16]. Оскільки стратегічна інформація отримується через обробку даних, якість стратегічної інформації залежить від якості цих даних.

Необхідними чинниками ефективності інформаційного механізму державно-громадської співпраці в боротьбі з ВІЛ/СНІДом є:

- інформаційно-аналітичне забезпечення роботи всіх партнерів державно-громадської співпраці в даній сфері;



Рис. 2.11

Алгоритм етапів інформаційного механізму державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу

- оперативний обмін інформаційними меседжами між усіма партнерами задля об'єднання їх зусиль та координації діяльності;
- вільний доступ громадян до необхідної інформації, що стосується сфери протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, при чому дана інформація має бути достовірною, повною та об'єктивною;
- розробка та функціонування відповідних інформаційних ресурсів, які б забезпечили поінформованість населення в питаннях ВІЛ/СНІДу;
- налагодження системи моніторингу та використання відповідної інформації, а також створення баз її зберігання;
- прогнозування та аналітика;
- проведення ряду заходів з метою нейтралізації негативного впливу недостовірної, неповної та необ'єктивної інформації щодо ВІЛ/СНІДу [208].

З метою удосконалення інформаційного механізму державно-громадської співпраці у сфері ВІЛ/СНІДу необхідними є:

1. Розробка та просування ефективних інноваційних програмних підходів у боротьбі з ВІЛ/СНІДом в Україні.

2. Забезпечення вільного доступу всіх суб'єктів державно-громадської співпраці у сфері протидії ВІЛ/СНІДу до інформації, що ґрунтується на доказах.

3. Надання висококласної системи технічної підтримки з метою впровадження ефективних підходів у відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу.

Досвід європейських моделей, які ми намагаємося адаптувати та втілювати у державному управлінні, також передбачає створення відповідного наукового видання, де можна було б ознайомитися всім бажаним, а особливо науковцям та практикам, з найкращими науковими досягненнями та розробками, що втілюються не тільки закордоном, але й на теренах нашої держави. Адже, на сьогоднішній день, таку інформацію ми дізнаємося лише на конференціях міжнародного масштабу, чи на іноземних сайтах, купуючи її за власні кошти. Створення такого видання, назовемо його умовно “СНІД в Україні: проблеми та їх вирішення”, має включати в себе не тільки медичні аспекти, але й державно – управлінські, соціальні, економічні, юридичні та інші аспекти життя людини та держави, статті та монографії сучасних науковців світу та України.

Від якісної, професійної та виваженої інформаційної політики, створення активного інформаційно-роз'яснювального компоненту з урахуванням усіх аспектів державно-громадської співпраці в даній сфері залежить адекватність, цілісність та ефективність сприйняття інформації, ефективна координація роботи всіх партнерів, виконання основних завдань державної політики, спрямованої на протидію ВІЛ/СНІДу.

Належне інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширенню ВІЛ/СНІДу не

лише вводить у дію механізм партнерської взаємодії та прийняття ключових рішень, а водночас є засобом інформування населення, забезпечення широкого кола громадян відповідним інформаційним продуктом, що відображає як національну відповідь у боротьбі з епідемією, так і вплив міжнародної спільноти, сприяє узгодженості та ефективності державної політики у даній сфері.

Однією з важливих форм взаємодії між ВІЛ-сервісними НУО та державними установами є система переадресації клієнтів, як складова частина забезпечення сталості профілактичних послуг. Ця система повинна включати: електронну базу клієнтів; електронну базу організацій, установ з повним переліком послуг, які вони надають, контактами, графіками роботи та ін.; постійний облік та обмін інформацією про переадресацію клієнтів; взаємне інформування про послуги, які отримав клієнт; взаємний контроль якості та доступності послуг.

2.3. Роль громадських організацій в державному управлінні з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні

Роль громадських організацій в державному управлінні у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні досить часто недооцінюється з причини відсутності системного аналізу їх діяльності. Впроваджені громадськими організаціями програми підтримуються здебільшого міжнародними донорами, що обумовлює нестабільність їх фінансування. Однак очевидно є неможливість досягнення стратегічних цілей на державному рівні без участі недержавного сектора.

Проведений в рамках виконання дисертації структурний аналіз участі громадських організацій в реалізації цільових державних програм протидії ВІЛ/СНІДУ наочно демонструє, що неурядові організації приймають активну участь у цих процесах (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Програмно-цільовий підхід реалізації державно-громадської взаємодії
у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні
(авторська розробка)

Орган легітимізації програм	Назва програми	Термін дії	Сектор відповідальності НУО
КМУ- виконавча гілка влади	Національна програма профілактики СНІДу в Україні (постанова КМУ № 98 від 27.02.1992)	1992-1994	Не визначено
КМУ виконавча гілка влади	Національна програма профілактики СНІДу (постанова КМУ № 176 від 14.03.1995)	1995-1997	Представлено в узагальненій формі
КМУ виконавча гілка влади	Програма профілактики СНІДу та наркоманії (постанова КМУ від 09.03.1999)	1999-2000	Не визначено
КМУ виконавча гілка влади	Програма профілактики ВІЛ- інфекції/СНІДу (постанова КМУ № 790 від 11.07.2001)	2001-2003	Представлено в узагальненій формі
КМУ виконавча гілка влади	Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ- інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (постанова КМУ № 264 від 04.03.2004)	2004-2008	Представлено персоніфіковано
ВРУ законодавча гілка влади	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ- інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД (Закон України № 1026 від 19.12.2009)	2009-2013	Представлено персоніфіковано
ВРУ законодавча гілка влади	Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ- інфекції/СНІДу (Закон України № 1708- VII від 20.11.2014)	2014-2018	Представлено персоніфіковано

Як видно із наведених даних, взаємодія громадськості з державою розпочалась активно тільки після 2001 року, а починаючи з 2004 року ця взаємодія набула ознак інституалізації та персоніфікованої участі з боку

громадськості. Тобто, сектор відповідальності громадськості у спільних заходах протидії поширенню епідемії був не тільки легітимізований у правовому полі на рівні виконавчої гілки влади (КМУ) чи законодавчої (останні цільові програми затверджені вищим законодавчим органом Верховною Радою України як Закон України), але й набув ознак персоніфікації як суб'єкт державного управління.

Процес державно-громадської взаємодії розглянуто під кутом етапності його розвитку та співвіднесено з характеристиками кожного суб'єкту взаємодії, їх основними рисами, функціями і властивостями. Це дозволило виявити такі етапи взаємодії: етап паралельної монособ'єктної діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу – (1992- 2000); поступовий перехід суб'єктів управління до засад взаємодії «за згодою» – (2001-2003); етап програмно-цільової взаємодії на засадах консолідованої участі (2004-2009); державно-громадська взаємодія на засадах функціонального впливу суб'єктів управління (2009-2013); етап інтегрованої взаємодії в умовах децентралізації управління (від 2014 р.). З'ясовано, що основою ефективної взаємодії держави і громадськості у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є інтегративний підхід в умовах децентралізації управління.

Зазначимо, що державні та міжнародні структури визнають вагомий внесок українських ВІЛ-сервісних неурядових організації у впровадженні програм профілактики серед різних уразливих до ВІЛ-інфекції груп, здійснення догляду та підтримки ЛЖВ, соціального супроводу.

Крім надання послуг, НУО залучені до адвокаційної та експертної діяльності в усіх процесах планування, впровадження та моніторингу політики в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціальних проблем як на національному, так і місцевому рівнях.

Починаючи з 2007 року ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій» в рамках проекту «Вдосконалення ВІЛ-сервісу в Україні», що фінансується ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» за кошти Глобального Фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, в партнерстві з ВБО «Всеукраїнська

мережа людей, які живуть з ВІЛ»; МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”; МГО „Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров’я”; Всеукраїнським рухом колишніх в’язнів “Подолання”; ВГО “Гей-Форум України”; ВБО “Всеукраїнська Ліга “Легалайф”; ВГО “Асоціація учасників ЗПТ України”; “Дорадчою радою спільнот з доступу до лікування в Україні” (USAB) та іншими організаціями в рамках програми, що підтримується Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, розробляли щорічні Загальнонаціональні адвокаційні плани у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Для успішної реалізації завдань в рамках нової «Загальнодержавної програми з протидії епідемії ВІЛ/СНІД на 2014-2018 р.р.», та в рамках програми 10 раунду ГФ, необхідне підвищення ефективності заходів з забезпечення сталості соціальних та медичних послуг. Для цього важливо змінити підхід до створення сприятливого середовища, а саме: розширити сферу діяльності та визначити довгострокові часові рамки діяльності НУО не тільки в адвокації, але і в комунікації та у соціальній мобілізації. Отже, було вирішено розробити Національну стратегію адвокації, комунікації та соціальної мобілізації в сфері ВІД/СНІД на період 2013-2017 рр.

Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація (далі – АКСМ) є системою комплексних заходів з залучення ресурсів громади, спрямованих на вдосконалення державної політики протидії епідемії ВІД/СНІД та забезпечення безперешкодного доступу різних верств населення до якісних медичних та соціальних послуг з профілактики, виявлення, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД.

Останні міжнародні рекомендації орієнтують на застосування комплексного підходу для планування заходів зі створення сприятливого середовища. Наприклад, важливою рекомендацією ВООЗ [128] є необхідність для програм по ВІЛ/СНІДУ та ТБ розробляти спеціальні стратегії для забезпечення більш активної участі НУО та організацій громадянського

суспільства, а також осіб, що входять в групи ризику чи постраждали від обох інфекцій, з метою розробки політики та програми, а також моніторингу та оцінки спільної діяльності. Для цього потрібні ретельно розроблені інформаційно-адвокаційні заходи у сфері ТБ/ВІЛ, які плануються спільно, щоб забезпечити узгодженість повідомлень і які спрямовані на ключові зацікавлені сторони та осіб, що приймають рішення, і проводяться на глобальному, національному, обласному та місцевому рівнях.

Внаслідок проведеного аналізу діяльності громадських організацій, можемо визначити пріоритетні напрями діяльності цих організацій. Так, Коаліція, як неформальна ініціативна група активістів ВІЛ-сервісу розпочала свою діяльність у 2003 році для об'єднання зусиль українських НУО та забезпечення прозорості процесів планування та реалізації політики з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу. У 2004 році 30 представників ВІЛ-сервісних організацій прийняли рішення про необхідність офіційної реєстрації Коаліції та визначили її місією зміцнення і розширення участі ВІЛ-сервісних організацій, їхніх об'єднань та мереж, які надають послуги в сфері репродуктивного здоров'я, профілактики ВІЛ-інфекції та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, подолання епідемії ВІЛ/СНІД, туберкульозу й інфекцій, що передаються статевим шляхом.

На виконання місії та представлення інтересів ВІЛ-сервісних НУО Коаліція у своїй діяльності поєднувала кілька основних функцій у сфері управління потидією ВІЛ-інфекції/СНІДу:

- ініціювання необхідних змін у політиці та нормативній базі шляхом здійснення адвокаційної діяльності;
- розвиток потенціалу організацій та установ, що вирішують соціальні проблеми та здійснюють заходи з протидії соціально-небезпечним хворобам;
- аналіз та прогнозування впливу аспектів та проблем суміжних зі сферою ВІЛ-інфекції/СНІД на протидію епідемії (зокрема, контроль

туберкульозу, подолання стигми та дискримінації, реформування системи соціальних послуг тощо) [21].

Серед ключових досягнень Коаліції як на національному, так і регіональному рівнях необхідно визначити наступні:

- безпосередня участь у створенні Національної координаційної ради з питань протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та представлення в ній сектору ВІЛ-сервісних організацій (починаючи з 2005 року).
- ініціювання процесу реформування Національної координаційної ради та розширення її повноважень на компонент туберкульозу (2007 рік).
- ініціювання діалогу щодо розробки процедури обрання представників від громадських організацій до складу Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (2010 рік).
- розбудова міжсекторального партнерства шляхом організації та проведення всеукраїнських заходів і подій, зокрема конференції з питань протидії туберкульозу, конференції-наради Державної пенітенціарної служби.
- розбудова потенціалу державних та недержавних надавачів соціально-медичних послуг (проведення оцінки з використанням інструменту МОСАТ, апробація стандартів надання соціальних послуг уразливим групам, проведення масштабного навчання за затвердженими стандартами).
- координація зусиль національних організацій у здійсненні адвокаційної діяльності в форматі Загальнонаціонального адвокаційного плану (з 2006 року).

Коаліція має унікальний експертний досвід у розробці законодавчих і нормативних актів та адвокації їх ухвалення. Зокрема, завдяки лідерській участі Коаліції були ухвалені наступні документи:

- Нова редакція Закону України “Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ”;

- Зміни до законів “Про соціальні послуги”, “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”;
- Спільний наказ Мінсім’ямолодьспорт, Мінпраці та МОЗ N 3123/275/770 від 13.09.2010 “Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику”;
- Низка нормативних документів Державної пенітенціарної служби з питань організації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам, які відбувають покарання у вигляді позбавлення волі.

Також за участі експертів Коаліції були підготовлені проекти Закону України “Про захист від дискримінації”, Постанови КМУ з питань визначення переліку соціальних послуг, розрахунку їх вартості, а також методичних рекомендацій з питань соціального замовлення. [21].

Коаліція ВІЛ-сервісних організацій є ключовим стейкхолдером і гравцем у сфері відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції та інших соціально-небезпечних хвороб. Від початку своєї діяльності в 2004 році Коаліція наполегливо пропагувала провідну роль та позиціонування національної місцевої організації в процесах формування політики з протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Унікальною особливістю національної місцевої організації є її пріоритетна орієнтація на потреби країни, акумуляція місцевого досвіду та потенціалу, економічна ефективність діяльності у порівнянні з міжнародними організаціями. [21].

Отже, сучасні взаємини Коаліції з органами влади побудовані на принципах партнерства, взаємоповаги та визнання експертизи. Коаліція завжди відгукується на запит державних структур. Пропозиції співпраці та технічної допомоги формуються відповідно до потреб країни та аналізу ситуації. Коаліція виконує свої домовленості як в рамках проектної діяльності, так і поза їх межами та розглядається як всеукраїнська організація, що забезпечує зв’язок між державою, НУО, які надають соціальні послуги, та їх клієнтами.

Отримувачами (бенефіціаріями) технічної допомоги Коаліції є як неурядові організації, так і державні установи [21]. Коаліція побудувала свої стосунки з бенефіціаріями на трьох рівнях, які схематично представлені на рис. 2.12.

- представництво інтересів і спільної позиції НУО і державних структур перед міжнародними донорами (міжнародний рівень), що сприяє конструктивному діалогу та партнерству;

- надання технічної допомоги у вигляді навчання, консультування та інших форм для представників НУО, ініціативних груп і державних установ (національний рівень);

- надання підтримки та адресної допомоги представникам груп високого ризику (рівень індивідуальної взаємодії) та членам їх родини та взаємодія з профільними ЛПЗ (рівень територіальної громади).

Ще однією значущою організацією, що працює на теренах України, є Міжнародний благодійний фонд “Міжнародний Альянс громадського здоров’я України” (Альянс-Україна). Це провідна професійна організація, що у співпраці з ключовими громадськими організаціями, Міністерством охорони здоров’я України та іншими урядовими органами веде боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІД в Україні, керуючи профілактичними програмами та надаючи якісну технічну підтримку та фінансові ресурси організаціям на місцях.

Усі ці зусилля спрямовані на досягнення в країні універсального доступу до комплексних послуг з ВІЛ/СНІД в Україні та ефективної відповіді на епідемію на рівні спільнот, базуючись на досягнутих результатах та передовому досвіді. [94]



Рис.2.12

Рівні державно-громадської взаємодії сфері протидії ВІЛ/СНІДу
(авторська розробка)

Основні стратегічні цілі Альянсу:

Ціль 1. Послуги: забезпечення комплексу науково-обґрунтованих послуг для уразливих груп в умовах концентрованої епідемії.

Ціль 2. Політика і права людини: вплив на формування політики у сфері ВІЛ/СНІД, туберкульозу та наркоманії з метою зменшення стигми і дискримінації та захисту прав людини.

Ціль 3. Мобілізація спільнот: підтримка і мобілізація спільнот для активного залучення до участі у відповіді на епідемію.

Ціль 4. Центр найкращих практик: поширення найкращих практик та інновацій для ефективною відповіді на епідемію [94].

Не менш важливою роботою займається Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ/СНІД. Найбільша та найпотужніша організація, що представляє інтереси людей, що живуть з ВІЛ/СНІД в Україні. Нараховує близько 500 членів і понад 400 співробітників, надає послуги більш ніж 20 000 клієнтам [14].

Заснована в листопаді 2000 року представниками 15 регіонів, зареєстрована як Всеукраїнська благодійна організація 5 травня 2001 року.

Мережа здійснює: АРТ для дорослих; АРТ для дітей; медсестринський догляд; паліативний догляд; немедичний догляд; соціальний супровід дітей-сиріт; профілактику вертикальної трансмісії; надання послуг ЧСЧ; надання послуг ув'язненим; оздоровлення. А також організовує громадські центри., дитячі центри, групи самодопомоги та терапевтичні табори.

Мережа була ініціатором зміни основного реципієнта гранту в 92 млн. доларів США на боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІД Глобального Фонду по боротьбі зі СНІДом, туберкульозом та малярією з Міністерства охорони здоров'я України на Міжнародний благодійний фонд "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні" [14].

2006 року Мережа була визнана найкращою організацією у світі в сфері боротьби зі стигмою та дискримінацією щодо ВІЛ-позитивних людей — за свої успіхи та досягнення Мережа отримала міжнародну премію "Червона стрічка".

Однак, поширення ВІЛ являє собою тривалий надзвичайний стан, тому боротьба з ним вимагає від громадськості втручання у діяльність і плани державних служб і системи охорони здоров'я з метою забезпечення вирішення нагального завдання протистояння епідемії. Це досягається за рахунок реалізацією громадськістю таких загальних функцій управління:

- стратегічне управління, тобто спільно з органами виконавчої влади окреслюють загальні цілі розвитку, прогнозують можливі результати, визначають слабкі та сильні позиції, оцінюють та виробляють стратегію діяльності, а також створюють систему управління. У такому контексті важливим є використання аналітичної інформації незалежних (неурядових) аналітичних центрів щодо соціальних очікувань;

- оперативне управління, яке полягає у створенні необхідних структур, залученні ресурсів і виконанні управлінських функцій за умов існування

відповідних організаційних структур в органах виконавчої влади, наявної потужної мережі громадських організацій з представництвом на місцях та за умов залучення наукового потенціалу;

- контроль, тобто громадські організації відстежують процес розробки органами влади рішень та залучаються до його впровадження, а також контролюють виконання та результативність через отримання інформації від незалежних аналітичних центрів щодо рівня розв'язання проблеми. Таким чином, реалізація загальних функцій управління дає можливість забезпечувати активну участь громадськості у державному управлінні щодо протидії ВІЛ/СНІДу.

Завдання громадських організацій полягають у тому, щоб:

- вимагати, щоб бездіяльні уряди вживали заходів для протидії ВІЛ/СНІД
- очолити пошук, розробку і впровадження інноваційних методів боротьби з ВІЛ/СНІД
- приймати участь у розробці програм боротьби з ВІЛ/СНІД на міжнародному рівні
- вимагати відповідальності від фармацевтичних компаній.

Крім того, громадські організації змушені брати на себе виконання тих функцій, які недоступні державі. Прикладом таких унікальних функцій притаманних для діяльності НУО у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні є адвокація, комунікація та соціальна мобілізація (далі - АКСМ).

В основі АКСМ підходу є прагнення:

- змінити ставлення до проблеми ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД з боку влади та населення в цілому,
- забезпечити ефективне залучення НУО та організацій громадянського суспільства до національних та регіональних заходів з протидії епідемії;

- зміна ставлення до проблеми ВІЛ-інфекції тих груп населення, які є найбільш уразливими до захворювання, боротьба зі стигматизацією та дискримінацією;
- об'єднати зусилля влади, громад, неурядових організацій та спільнот уразливих до ВІЛ-інфекції в забезпеченні ефективних заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні;
- забезпечити життєстійкість послуг із профілактики, догляду та підтримки у зв'язку із скороченням та можливим припиненням підтримки на послуги з боку найбільших міжнародних донорів протягом найближчих 5 років. [102].

АКСМ забезпечує комплексність при плануванні та здійсненні заходів задля забезпечення ефективної відповіді на нові виклики при здійсненні глобальної відповіді на загрози епідемії ВІЛ [13].

За результатами аналізу діяльності громадських організацій у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні можна назвати такі здобутки:

1. Включення в нову Загальнодержавну програму з протидії епідемії ВІЛ/СНІД пропозицій ВІЛ-сервісних НУО та ініціативних груп та НУО-спільнот задля забезпечення виконання завдань Стратегії ЮНЕЙДС «В напрямку цілі 0».
2. Забезпечення впливу НУО на рішення Координаційних Рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу на національному, обласному та місцевих рівнях.
3. Забезпечення необхідного фінансування з державного бюджету та місцевих бюджетів в т. ч. в захищених бюджетних категоріях:
 - профілактичних програм по ВІЛ, ТБ та гепатитам;
 - хоспісних установ для пацієнтів, що хворі на СНІД (забезпечення ліками, соціальні гарантії персоналу);
 - соціальних послуг, які надаються ВІЛ-сервісними НУО, у тому числі через соціальне замовлення.

4. Забезпечення доступу населення до діагностики ВІЛ та ко-інфекції ВІЛ/ТБ.

5. Розробка для подальшого затвердження стандартів первинної, вторинної та третинної профілактики ВІЛ/СНІДу на національному та регіональному рівнях.

6. Забезпечення безперервності лікування ВІЛ/ТБ в усіх медичних установах України, у тому числі, у місцях позбавлення волі.

7. Сприяння декриміналізації відповідальності за вживання наркотиків, застосування альтернативних видів покарань (громадські роботи, штрафи, домашній арешт і т.д.) для СІН.

8. Сприяння усуненню адміністративної відповідальності за проституцію, фінансування програм профілактики торгівлі людьми.

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. У громадських організацій діє ініціатива “Рівний – рівному”, контингенти групи ризику мають високий ступінь довіри до її учасників [3, с. 31].

З’ясовано, що окрему групу серед суб’єктів державно-громадського співробітництва у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні становлять профспілки, роботодавці, їх організації та об’єднання. Відповідно до Національної стратегії тристороннього співробітництва з протидії ВІЛ/СНІДу у сфері праці на 2012-2017 роки [104] було визначено роль і місце вищеназваних суб’єктів у процесі протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, відповідно до їх повноважень, компетенції та спроможності.

Так, дії профспілок щодо запобігання поширенню епідемій соціально небезпечних хвороб на робочих місцях, та основна їх роль у реалізації Стратегії полягає в розповсюдженні інформації щодо епідемічних хвороб, засобів та методів захисту від інфікування серед працівників та членів їх

сімей, навчанні працівників щодо їх прав та обов'язків для запобігання подальшому поширенню епідемії.

Щодо органів влади у тристоронньому співробітництві з протидії ВІЛ/СНІДу у сфері праці, то їхніми завданнями є стимулювання роботодавців і профспілок до активної діяльності щодо протидії епідемії, сприяння, з професійної точки зору, у виборі ними форм і методів протидії ВІЛ/СНІДу як безпосередньо на виробництві, так і поза його межами [104].

Суб'єктами координації і організації роботи з протидії епідемії у виробничому середовищі в рамках реалізації Стратегії визначаються організації роботодавців та їх об'єднання різних рівнів.

Загалом кількість суб'єктів державно-громадського взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу постійно зростає, що має свої позитивні наслідки, оскільки участь нових організацій сприяє збільшенню ресурсів, посилює гнучкість та інноваційність підходів у діяльності. То ж громадські організації відіграють дуже важливу, фактично незамінну роль у боротьбі з поширенням ВІЛ/СНІДу в усьому світі та в Україні зокрема.

Підсумовуючи матеріал підрозділу слід зазначити, що роль громадського сектору щодо взаємодії з інститутами держави у сфері протидії ВІЛ/СНІДу ідентифіковано з позиції стадій управління і послідовності діяльності, що реалізується через систему загальних та спеціальних функцій управління. Основними формами взаємодії є наступні: законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем спільними зусиллями; переадресація клієнтів; обмін інформацією; спільні бази даних.

Висновки до розділу 2

Узагальнення результатів, отриманих у процесі дослідження сучасного стану та проблем державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні, дає підстави сформулювати такі висновки.

1. Процес державно-громадської взаємодії розглянуто під кутом етапності його розвитку та співвіднесено з характеристиками суб'єктів взаємодії, їх основними рисами, функціями і властивостями. Це дозволило виявити такі етапи взаємодії: етап паралельної моносуб'єктної діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу – (1992-2000); поступовий перехід суб'єктів управління до засад взаємодії “за згодою” – (2001-2003); етап програмно-цільової взаємодії на засадах консолідованої участі (2004-2009); державно-громадська взаємодія на засадах функціонального впливу суб'єктів управління (2009-2013); етап інтегрованої взаємодії в умовах децентралізації управління (від 2014 р.).

2. Встановлено, що участь інституцій громадянського суспільства в організації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні є надзвичайно важливою і являє собою елемент активної соціальної політики, що сприяє подоланню наслідків довготривалої епідемії шляхом встановлення контролю над інтенсивністю епідеміологічного процесу. Роль інститутів громадянського суспільства реалізується через систему загальних та спеціальних функцій управління. До загальних функцій належать стратегічне управління, оперативне управління та контроль. Спеціальними функціями громадського сектору щодо взаємодії у сфері протидії є адвокація, комунікація та соціальна мобілізація, експертна діяльність в процесах планування, впровадження та моніторингу політики в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Основними формами взаємодії є законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-технічної бази; вирішення конкретних проблем

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

3. Як засвідчив всебічний аналіз наукових джерел, незадовільний стан здоров'я населення та високий рівень смертності в Україні великою мірою пов'язаний не лише з кількісними показниками ВІЛ/СНІДу, а і з швидкими темпами поширення епідемії. Це дає підстави до перегляду та удосконалення механізмів формування та реалізації державної політики у цій сфері. Так, нормативно-правовий механізм взаємодії потребує подальшого удосконалення в частині якісних змін у змісті законодавчих та нормативно-правових актів, у тому числі й відомчих, щодо взаємодії в умовах децентралізації управління, подальшій класифікації, періодизації та систематизації національної нормативно-правової бази з метою її розвитку та приведення у відповідність до норм міжнародного права (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ). Інституційний механізм державно-громадської взаємодії в умовах децентралізації послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ пропонується реалізовувати на рівні територіальної громади на основі організаційного підходу “переадресації клієнтів” від мережі лікувально-профілактичних установ (сімейний лікар) до представників громадського сектора, тобто з використанням технології горизонтального мережування (networking). Належне інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширенню ВІЛ/СНІДу

пропонується реалізовувати на двох комунікативних рівнях: внутрішній – міжсуб'єктний обмін інформацією, зовнішній – суб'єктно-об'єктний обмін інформацією. Складовими елементами інформаційного механізму взаємодії на рівні територіальної громади виступають: інформація епідеміологічного, медичного та соціального характеру; інформування про засоби профілактики ВІЛ/СНІД на рівні громади, сім'ї та індивідуальному рівні; інформаційне забезпечення з безперервного підвищення професійної майстерності для представників громадськості; інформаційно-технічне забезпечення взаємодії між суб'єктами управління.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ВЗАЄМОДІЇ З ГРОМАДСЬКІСТЮ В СИСТЕМІ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ВІЛ/СНІДУ В УКРАЇНІ

3.1. Зарубіжний досвід децентралізації послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та перспективи впровадження її результатів в Україні

Згідно з міжнародним досвідом провідних країн світу та країн, що розвиваються, надання своєчасного лікування ВААРТ, комплексного догляду та підтримки, соціального обслуговування людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) сприяє збереженню людського потенціалу та соціального капіталу суспільств, особливо в країнах з високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції, забезпечує можливість їх сталого людського розвитку і уникнення соціально-економічних, демографічних та гуманітарних криз, пов'язаних зі стрімким розвитком ВІЛ/СНІДу серед найактивніших в соціально-економічному та демографічному плані верств суспільства. Збереження належної якості життя цих людей, людського потенціалу суспільства та сталого людського розвитку суттєво залежить від взаємодії держави та громадськості у протидії ВІЛ/СНІДу.

Посилаючись на зарубіжний досвід, можна сказати, що взаємодія державних органів із громадськими організаціями доводить свою високу ефективність на практиці. Саме завдяки використанню співпраці держави та громадськості у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу можна суттєво стабілізувати епідемію цієї хвороби та знизити темпи поширення як захворюваності, так і рівня смертності.

Формування інтегрованої системи взаємодії держави та громадськості має стати однією з найважливіших цілей державної влади у сфері боротьби з ВІЛ/СНІДом. Очікуваним результатом такої взаємодії має стати покращення

епідемічної ситуації та посилення державного та громадського контролю у даній сфері.

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

У 2006-2007 рр. в Україні було вперше розроблено "Дорожню карту" цілей Універсального доступу [38], в якій викладено ключові цілі та завдання щодо розширення універсального доступу та визначено поняття "мінімальний пакет послуг" та показники охоплення цими послугами.

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

Комплексний пакет послуг – це система послуг, яка охоплює можливі потреби клієнта (представника уразливої до ВІЛ-інфекції групи, ЛЖВ тощо) –

медичні, соціальні, психологічні, побутові, з метою покращання якості життя, збереження здоров'я, подальшої реабілітації та ресоціалізації клієнта [109, с. 6.].

У всьому світі важливим елементом ефективної профілактики ВІЛ/СНІДу є громадські центри зі зменшення шкоди. Основною стратегічною метою профілактики ВІЛ серед СІН, ОСБ і ЧСЧ є запобігання або ослаблення негативних фізичних, соціально-економічних та правових наслідків ризикованої поведінки цих категорій населення як для них самих, так і для всього суспільства. Для успішної реалізації таких програм використовуються спеціально розроблені та стандартизовані інструменти, зокрема:

- обмін голок і шприців, розповсюдження презервативів і лубрикантів тощо – виїзними соціальними робітниками (аутріч-робота) в місцях збору взаємодопомоги; організація дозвілля та догляд за дітьми клієнтів; організація роботи волонтерів з елементами ресоціалізації для наркозалежних, ОСБ тощо);

- юридичні (роз'яснення змісту правових документів; допомога у відновленні особистих документів, допомога в отриманні пільг, субсидій тощо; юридична підтримка у разі затримання клієнтів правоохоронними органами чи притягнення до дисциплінарної і матеріальної відповідальності; представлення інтересів клієнта в суді тощо).

Залежно від обсягу послуг, що надаються, приблизний штат центру включає адміністраторів, медико-санітарний персонал, зокрема психолога, соціальних працівників, юриста. В основному центри зменшення шкоди функціонують окремо від адміністративних офісів організацій, які координують їхню діяльність, а керують ними професійні менеджери. Аутріч-роботу, як свідчить досвід закордонних ВІЛ-сервісних організацій, можуть ефективно виконувати волонтери, які пройшли спеціальну підготовку. Зауважимо, що бажаною умовою з точки зору територіального розташування таких пунктів має бути їхня доступність для цільових груп [237].

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

Послуги, що надаються у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу, відповідно до стандартів для ВІЛ-сервісу Національної системи здоров'я, погоджених Департаментом здоров'я Великої Британії у 2003 р., повинні бути [262]:

- клієнт-орієнтованими, тобто повинні наснажувати особу для прийняття вибору на користь здоров'я та керованого життя з ВІЛ шляхом просвіти і підтримки, що підкреслює важливість способу життя, культури та релігії та діє в напрямку подолання впливів незадовільного матеріального становища, соціального виключення та стигми.
- здійснюваними в партнерстві, а саме: цілі та відповідальність особи, медичних та соціальних служб є взаємопогоджені і чітко встановлені в плані, що регулярно переглядається.
- неупередженими, а саме: послуги сплановані на основі потреб населення, окремих його груп та відповідають цим потребам.
- інтегрованими, тобто такими, що забезпечують поєднання знань та вмінь професіоналів медичної та соціальної допомоги в мультидисциплінарній команді, що складається як з фахівців первинної медичної допомоги та соціальної допомоги, так і фахівців з інших спеціалізованих напрямів.
- орієнтованими на результат, тобто мають забезпечувати зведення до мінімуму ризиків інфікування ВІЛ та асоційованих ускладнень, а також сприяти зростанню якості життя клієнтів шляхом наснаження персоналу до надання та оцінки допомоги.

Дані стандарти та загальні принципи відображають загальну філософію сфери охорони здоров'я у Великій Британії. У зв'язку із загальнодержавною

орієнтацією України на європейські практики британські стандарти послуг з ВІЛ/СНІДу можуть стати орієнтиром для розробки національних мінімальних стандартів у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні.

Британська програма профілактики ВІЛ/СНІДу відповідно до цих стандартів повинна базуватися на доказах ефективності діяльності та досвіді кращих практик, поєднуватися із заходами просування сексуального здоров'я та інтегруватися з послугами з лікування та догляду [262].

Слід зазначити, що у Великій Британії комплексні програми профілактики ВІЛ/СНІДу відповідно до стандартів повинні відповідати реальним потребам та включати:

- надання інформації, індивідуальної підтримки та здійснення заходів з розвитку навичок;
- заходи, спрямовані на зміну ставлення та формування мотивації до певних поведінкових змін;
- заходи за принципами "рівний-рівному" та аутріч-роботу в місцях перебування цільових груп;
- безкоштовне або недороге розповсюдження презервативів, лубрикантів та чистих шприців;
- доступність метадону для споживачів героїну;
- надання послуги з пост-контактної профілактики (для осіб, випадок можливого інфікування яких не пов'язаний з виконанням професійних обов'язків) в усіх ситуаціях, коли це можливо (послуга надається відповідно до чітких протоколів з метою забезпечення рівності доступу);
- доступ до тестування на ВІЛ;
- послуги сповіщення сексуальних партнерів осіб, в яких виявлено ВІЛ [262].

Ці положення можна взяти за основу при розробці стандартів у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Але деякі з них складно або й неможливо застосувати на практиці з огляду на існуючі законодавчі обмеження.

Наприклад, однією з таких перепон можна назвати встановлення конфіденційності результатів тестування на ВІЛ, визначену в Законі України "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ" від 23.12.2010 №2861-17, що передбачає повідомлення результатів тестування лише особі, якої вони стосуються. Крім того, відповідно до цього Закону, виключно на ВІЛ-інфіковану особу покладено обов'язок повідомити про можливе зараження осіб, які були з нею у статевих контактах. Тому неможливо включити до українських мінімальних стандартів вимогу сповіщення сексуальних партнерів ВІЛ-сервісними організаціями.

Також варто зауважити, що в британських стандартах вимоги щодо змісту профілактичних програм серед груп ризику майже не зазначені. Виключенням є згадування бажаного змісту програм профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ та ОСБ, а також висвітлення питання профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини як окремого напрямку роботи ВІЛ-сервісних служб. Так, рекомендаціями щодо змісту профілактики ВІЛ/СНІДу серед ЧСЧ та ОСБ є:

- орієнтованість заходів на широкий контекст життя чоловіків, включаючи увагу до індивідуальних та структурних факторів ризикованої поведінки;

- адаптація профілактичних заходів серед ЧСЧ та ОСБ на специфічні потреби кожної з можливих підгруп ЧСЧ, ОСБ;

- багатокomпонентність програм (включаючи групову роботу), їх сфокусованість на формуванні навичок зниження ризику, навичок спілкування, в тому числі й на сексуальну тематику.

Зрозуміло, що дані стандарти не є детальними і потребують конкретизації в протоколах, які враховуватимуть місцеві потреби та проблеми ЧСЧ та ОСБ.

Більш значимим напрямом профілактичної роботи, що закріплено в окремому стандарті, є профілактика вертикальної трансмісії. У цьому стандарті особлива увага приділяється медичному компоненту. Важливим моментом, який варто запозичити Україні, є необхідність поєднання медичних заходів із заходами соціального догляду та підтримки.

Враховуючи вищевикладене, можна дійти висновку, що Рекомендовані стандарти для ВІЛ-сервісу Національної системи здоров'я Великої Британії містять загальні принципи організації послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, наголошують на необхідності застосування мультидисциплінарного підходу, оскільки комплексність допомоги на різних рівнях взаємодії з клієнтом забезпечує швидке і повне реагування на потреби клієнта. Рекомендовані стандарти є основою для прийняття більш детальних стандартів або протоколів, тому вони можуть бути використані в якості прикладу при розробці рамкових стандартів у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні.

У світовій практиці громадськими центрами (community centres), принаймні в такій формі, у якій вони існують, наприклад, у Великій Британії та США [257], називають місця, здебільшого окремі будівлі, в стінах яких зустрічаються члени місцевої громади для проведення спільних освітніх, культурних заходів або дозвілля, обговорення житлово-побутових проблем тощо. Таке визначення громадським центрам дають “Оксфордський словник сучасної англійської мови” А. Хорнбі та “Словник американської мови Уебстера”. Під громадою ці словники розуміють, перш за все, мешканців одного району, селища або міста, які сприймаються як єдине ціле.

У Великій Британії та США громадські центри вважаються дійовим інструментом зміцнення місцевих громад та залучення громадян до місцевого самоврядування, а також солідарності та взаємодопомоги серед членів місцевої громади, які належать до різних соціальних верств. Вони можуть використовуватись для організації та розміщення дитячого садка, різноманітних спортивних секцій та гуртків для дітей тощо. На відміну від

закладів, які безпосередньо контролюються місцевою владою, керівництво такими центрами та їхнє обслуговування здійснюється силами самих місцевих мешканців на добровільних засадах, тобто переважно безкоштовно. Фінансуються громадські центри переважно з бюджету місцевої влади, а також за рахунок таких культурних і фандрейзінгових заходів, як проведення доброчинних лотерей, ярмарок, танцювальних вечірок, весіль тощо. Громадські центри можуть обслуговувати не лише членів місцевої громади, але й сусідніх громад [260].

Дещо іншу роль покликаний виконувати так званий дроп-ін центр, або центр зменшення шкоди – відкритий пункт обслуговування, в якому представники певної цільової групи населення можуть отримати безкоштовні соціальні, медичні, юридичні та/або побутові послуги та консультації без попередньої домовленості або направлення, фактично центр соціально-медичної допомоги та неформального спілкування.

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

Свою нішу громадські (дроп-ін) центри для СІН знаходять у межах подвійної стратегії попередження розповсюдження наркотиків та їх немедичного вживання, якої дотримуються більшість країн світу [4]. Це рішуча боротьба з незаконним розповсюдженням наркотиків та їх нелегальним ринком і гуманізація ставлення до наркозалежних осіб.

Досить цікавим є досвід організації центрів зменшення шкоди в межах науково-дослідницьких програм вивчення кращих методів попередження ВІЛ/СНІДу серед СІН. Такий центр існує, зокрема, при дослідницькому

проекті «Вивчення НЛО» (The UFO Study), що спонсорується Центром вивчення профілактики СНІДу при Каліфорнійському університеті в Сан-Франциско.

Проект було започатковано у 1997 р. з метою вивчення рівня поширення ВІЛ, гепатитів В і С серед молодих споживачів ін'єкційних наркотиків у віці до 30 років з району затоки Сан-Франциско, а також дослідження методів ефективного охоплення антигепатитною вакцинацією спільноти СІН [171].

Дроп-ін-центр проекту пропонує доволі широкий спектр послуг для молодих СІН, в тому числі безкоштовне тестування на ВІЛ, гепатити В і С, медичні консультації [247]. Тут можна навчитися попереджати передозування, безкоштовно скористатися телефоном, поїсти, отримати одяг. Допомагають учасникам дослідження лікарі та волонтери-консультанти з-поміж активних або колишніх СІН, які пройшли спеціальну підготовку. Крім того, клієнти центру можуть безкоштовно пройти вакцинацію проти гепатитів А і В. Центр надає відвідувачам інформацію про різноманітні соціальні служби для молоді в кількох інших великих містах США.

Міжнародною практикою доведені доцільність, корисність і виправданість саме тих превентивних заходів і дій щодо попередження поширення ВІЛ, які мають на меті зміну поведінки і способу життя людей. Профілактика ВІЛ серед уразливих категорій населення зазвичай здійснюється за допомогою програм зменшення шкоди (серед СІН) та аналогічних програм, націлених на зменшення ризику та пропаганду безпечніших статевих зносин (серед ОСБ і ЧСЧ). Однією з найважливіших форм реалізації цих програм є центри соціально-медичної допомоги, або громадські центри зменшення шкоди (дроп-ін центри).

Так, у м. Дакка (Бангладеш) громадські центри для СІН були створені в рамках проекту допомоги споживачам ін'єкційних наркотиків “Шакті” (це аббревіатура від “Stopping HIV/AIDS through Knowledge and Training Initiatives” - “Зупинимо ВІЛ/СНІД за допомогою знання та навчальних ініціатив”, що

також співпадає з іменником “сила” на мові бангла), який започаткувало у травні 1998 р. бангладешське відділення міжнародної приватної гуманітарної організації CARE [56].

У 1998 р. у м. Дакка з його мільйонним населенням нараховувалося 7650 ін'єкційних споживачів наркотиків. Працюючи над проектом “Шакті”, працівники CARE Bangladesh з'ясували, яка наркосцена є на теренах діяльності організації, зокрема, які основні ризики, щодо інфікування ВІЛ.

Працівники проекту “Шакті” за допомогою помічників із числа активних СІН та інших інформаторів зазначили на мапі міста райони збору СІН та вживання наркотиків, серед яких були також місця нелегального збуту наркотичних препаратів. Після цього для волонтерів та працівників центру було проведено навчання, де було узгоджено режим та пріоритетні напрями роботи центру.

Перший центр відчинив свої двері для клієнтів у травні 1998 р. Місцевий дільничний інспектор (Ward Commissioner) безкоштовно запропонував використовувати приміщення для нього в своєму службовому будинку, і вже за місяць послугами аутріч-працівників було охоплено 150 споживачів ін'єкційних наркотиків (при цьому кількість розповсюджених одноразових шприців та голок склала 1753 одиниці). А за рік середня кількість СІН, охоплюваних щоденно, складала 1945 чоловік (в деякі дні вона сягала 2200 чоловік) [56]. Опісля, було відкрито ще шість аналогічних центрів, в яких працювали 26 аутріч-працівників, яких набрали з-поміж самих СІН та їхнього близького оточення. Крім цього, курс прискореного навчання пройшло 20 власників аптек і 160 волонтерів-консультантів. Поступово до програми залучилося ще 11 центрів зменшення шкоди і 50 аутріч-працівників-волонтерів. Моніторинг реалізації програми показав, що впродовж, напр., одного місяця 2001 р. близько 4000 клієнтів, тобто приблизно 52% всіх СІН у м. Дакка, відвідали ці центри або скористалися іншими послугами CARE Bangladesh.

Досвід Дакки допоміг CARE Bangladesh запровадити аналогічні програми в інших містах країни з 1999 по 2002 рр. [108].

Громадські центри у м. Дакка надають споживачам ін'єкційних наркотиків послуги з профілактики ВІЛ, займаються діагностикою та лікуванням захворювань, які передаються статевим шляхом, а також надають першу медичну допомогу -- головним чином лікують абсцеси. Щотижневою діагностикою та лікуванням захворювань, які передаються статевим шляхом, займається лікар, працю якого частково сплачує Міжнародна мережа жіночих центрів ім. Марі Стоупс (Marie Stopes International). Інші медичні послуги бере на себе державний лікар. Завдяки активній участі в роботі центрів центральної штаб-квартири CARE, державних органів та інституцій, міжнародних неурядових організацій, працівникам проекту "Шакті" вдається успішно "нейтралізовувати" занепокоєння місцевих мешканців безпосереднім сусідством з ними центру для СІН.

Проект "Шакті" в партнерстві з державним Центральним наркологічним диспансером регулярно організує в столиці Бангладеш детоксикаційні табори для СІН. Вони проводяться в будівлях безкоштовно наданих або орендованих на пільгових умовах у місцевих громад. В середньому такий табір працює 14 днів, і їхні учасники складають пожертви у розмірі 150 така (приблизно 3 USD) кожний. Отримані кошти йдуть до цільового фонду BODAR. Вартість медикаментів, проживання, харчування та медичної допомоги сплачуються проектом "Шакті". За даними BODAR, приблизно 120 споживачів ін'єкційних наркотиків пройшли лікування в детоксикаційних таборах з січня 2000 р. по листопад 2002 р. На цей час у м. Дакка не існує програм реабілітації СІН, але BODAR сподівається запровадити реабілітаційну програму для СІН за умови отримання достатнього фінансування. Нагадаємо, що замісна терапія в Бангладеш під заборонаю [108].

На думку керівництва CARE Bangladesh, можна виділити кілька найважливіших складових успішного впровадження програми громадських

центрів для СІН у м. Дакка. По-перше, це цілісний підхід до зусиль, націлених на боротьбу з поширенням подвійної епідемії ін'єкційного споживання наркотиків і передачі ВІЛ через заражений інструментарій для ін'єкцій, шляхом поєднання програми зменшення шкоди з лікуванням наркозалежності та хвороб, які передаються статевим шляхом. По-друге, це кропітка інформаційно-просвітницька робота з державними органами, релігійними лідерами, а також з впливовими особами з місцевих громад та самими місцевими мешканцями на етапі розробки проекту та в процесі його реалізації. При цьому використовуються прагматичні, позбавлені конфронтації підходи до співпраці з правоохоронними органами у вирішенні проблем на місцях, коли такі виникають. Це забезпечує безперебійну та ефективну роботу центрів. Дуже важливою є також інформаційна робота з донорами з метою забезпечення оперативності та гнучкості під час виконання проекту.

Вирішальною є допомога з боку СІН і колишніх СІН на всіх етапах реалізації проекту. Ці люди допомагали в картуванні районів, де зазвичай збираються СІН, давали поради, де краще відкривати нові центри зменшення шкоди та вести аутріч-роботу, самі працювали й працюють платними і добровільними аутріч-працівниками і входять до складу персоналу дроп-ін-центрів. Створення групи взаємодопомоги для активних споживачів ін'єкційних наркотиків PROCHESTA та її запланована роль у перебиранні на себе деяких послуг є безпрецедентним випадком в історії розвитку аналогічних програм у розвиткових країнах [108].

Всі ці досягнення є результатом політики контрольованої відповідальності, яку провадить CARE Bangladesh і завдяки якій споживачі ін'єкційних наркотиків активно залучаються до реалізації програми після інтенсивного навчання та подальшої постійної підтримки [108].

Приведемо ще один приклад роботи НУО в Європі. Громадський (дроп-ін) центр для СІН у Празі, який працює у складі однойменної організації Центр Drop In, не може похвалитися таким охопленням цільової групи, якого

досягли працівники CARE Bangladesh у м. Дакка. Цікавим його робить спектр послуг, що надаються, а також тісний взаємозв'язок з іншими профілактичними та терапевтичними програмами Центру Drop In, складовою частиною яких він є. Окрім дроп-ін-центру, або низькопорогового контактного центру, як такі заклади називають у Чехії, сьогодні Центр Drop In реалізує ще шість програм [56]:

- вулична робота – соціально-медична допомога споживачам психотропних речовин на центральних вулицях Праги (сюди входить обмін шприців, первинна медична допомога, надання соціально-медичної та юридичної інформації, запрошення відвідати стаціонарний контактний центр);
- мобільна вулична робота -- соціально-медична допомога в периферійних районах Праги та на її околицях, особливо в так званих “наркопритонах” або “сквотах”;
- програма замісної метадонавої терапії для зареєстрованих клієнтів;
- сімейний центр, який надає соціально-медичну допомогу наркозалежним матерям і батькам, вагітним СІН (соціальна допомога, консультації, гінекологічна та педіатрична допомога, експрес-тести на ВІЛ, тести на вагітність, гепатит, попередня оцінка необхідності та можливості реєстрації на отримання метадонавої терапії, індивідуальна та групова терапія, йога, тай-ці тощо);
- центр реабілітації, який надає амбулаторну соціально-медичну та психотерапевтичну допомогу колишнім СІН, а також батькам і партнерам колишніх і активних СІН;
- програма “ХТС” – соціально-медична допомога молодим відвідувачам музичних фестивалів, дискотек, танцювальних клубів, рейв-вечірок, а також тестування «екстазі» (MDMA) за допомогою реагента Marquis на предмет виявлення психоактивних речовин.

Одним із прикладів фактичного поєднання центрів зменшення шкоди для СІН з громадськими центрами в класичному розумінні цього терміну є

ірландський громадський проект протидії наркоманії на місцевому рівні, який реалізується в районах Маунтв'ю та Блейкстаун (Mountview/Blakestown Community Drug Team Ltd.) у передмісті Дубліна Бланчардстаун з 1998 р.

Проект було започатковано в межах Національної стратегії боротьби з наркоманією, тому фінансується він з бюджету регіональних органів влади. Центральну роль у ньому відіграє центр, до якого місцеві СІН і члени їхніх родин можуть звертатися впродовж робочого тижня за медичною та психосоціальною допомогою.

Ще однією уразливою групою в даному дослідженні є ОСБ. Оскільки репресивне законодавство та переслідування з боку правоохоронних органів підвищують уразливість робітниць секс-бізнесу до ВІЛ, ВІЛ-сервісні організації, які працюють з ОСБ, змушені безпосередньо або опосередковано займатися правозахисною діяльністю. Навіть у країнах, де секс-бізнес не вважається протизаконною діяльністю, дискримінація ОСБ, підвищена увага поліції до них та тавро громадського осуду заважають створенню безпечних умов праці для секс-робітниць і проведенню серед них медико-санітарної просвіти [53].

Завданням програм, які надають соціально-медичну та юридичну допомогу вуличним секс-робітницям, є зменшення якщо не правової, то хоча б соціальної незахищеності ОСБ, їхньої вразливості до порушення прав людини, насильства та захворювань, які передаються статевим шляхом (ЗПСШ).

У країнах, в яких секс-індустрія перебуває в нелегальному або напівлегальному становищі, громадські центри зменшення шкоди можуть відігравати роль осередків, які сприяють створенню професійних асоціацій ОСБ на відміну від професійних спілок секс-робітників у країнах, де секс-індустрія має легальний статус.

Наприклад, у 2005 р. в індійському місті Мумбаї, а саме в районі “червоних ліхтарів” Каматхіпура, заснованому ще британськими

колонізаторами для розваги своїх вояк, за допомогою місцевої філії НУО “Міжнародні послуги населенню” (Population Services International) була створена та офіційно зареєстрована асоціація місцевих секс-робітниць “Сангхамітра”. З метою забезпечення сталості в діяльності організації та підвищення соціально-економічного становища її членів було також створено мікрокредитну спілку “Сангіні” та відчинено кооперативну крамницю господарських товарів. На думку керівників організації, тільки робітниця, яка має хоча б якісь збереження, здатна відмовити клієнту, який не бажає користуватись презервативом. “Сангхамітра” об’єднує переважно робітниць напівлегальних борделів, але не оминає увагою вуличних ОСБ.

Серед завдань, які поставили перед собою члени організації, було поліпшення соціоекономічного становища секс-робітниць Каматхіпури та їхніх родин, поліпшення умов праці в борделях і на вулицях міста, боротьба за стовідсоткове використання презервативів на роботі, боротьба за громадянські та соціальні права, забезпечення недискримінаційного медичного обслуговування тощо.

На сьогоднішній день “Сангхамітра” має більше 2500 членів і приблизно стільки ж зареєстрованих вкладників у “Сангіні”, а також співпрацює з місцевою клінікою, в якій її члени можуть отримати пільгові медичні послуги. Організація динамічно розвивається, виправдовуючи свій лозунг “В єдності сила”.

Ще одним прикладом самоорганізації та ефективного залучення ОСБ до реалізації програм попередження ВІЛ/СНІДу є киргизька неурядова організація “Таїс Плюс” з Бішкеку. Фактично створена ще в 1997 р. в умовах досить ліберального законодавства стосовно надання секс-послуг, вона поставила за мету практично допомогти уряду країни виконати державну програму профілактики ВІЛ/СНІДу серед робітниць секс-бізнесу та їхніх клієнтів, а також сприяти контрольованій утилізації гранту Глобального

фонду боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією, який Киргизстан отримав у 2003 р.

Спектр послуг, які надають своїм колегам працівники організації, включає розповсюдження безкоштовних презервативів, лубрикантів серед секс-робітниць з низьким доходом, психосоціальна підтримка, юридичні консультації та підтримка (в тісній співпраці з муніципальною владою, департаментом міліції та юристами), переадресування до закладів, які надають медичні послуги, переадресування наркозалежних до відповідних безкоштовних медично-реабілітаційних програм, підтримка груп самопомогі, навчання волонтерів, інформаційно-роз'яснювальні кампанії, цілодобова телефонна “гаряча лінія” і навіть первинна профілактика ВІЛ/СНІДу серед молоді [174].

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

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

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

У 1989 р., незадовго до виходу країни з СРСР, наказом міністра охорони здоров'я Литви було створено Литовський Центр СНІДу, беззмінним

керівником якого став Саулюс Чаплінскас. З того часу діяльність цієї установи регламентується урядовою програмою профілактики СНІДу в Литві.

Також Литовський Центр СНІДу ініціював заснування багатьох інституцій, напр., Литовської фундації допомоги наркозалежним, клубів “Журналісти проти СНІДу” та “Молодь проти СНІДу”, а також консультаційного кабінету соціальних хвороб “Деметра”, діяльність якого розглянемо детальніше.

Консультаційний кабінет “Деметра” було створено в 1998 р. з метою активізації заходів зі зменшення шкоди та профілактики ВІЛ у середовищі споживачів ін’єкційних наркотиків і секс-робітниць. Одним із його завдань стала соціальна, юридична та медична допомога жертвам незаконної торгівлі людьми. Проект розпочався з проведення СНІД-центром аналізу епідеміологічної ситуації у столиці Литви в 1997 р. [56].

А в середині 2003 р. на 600-700 тис. мешканців Вільнюсу припадало приблизно 1800-3000 секс-робітниць, які обслуговували від 2 до 8 клієнтів на день. Сьогодні практично всі місця роботи вуличних ОСБ у столиці контролюються кримінальними угрупованнями. Крім цього існує жорстка конкуренція в самому середовищі ОСБ, тому про вільний доступ для новачків до цього сегменту ринку праці не йдеться [56].

За результатами цих досліджень і було створено консультаційний кабінет соціальних хвороб “Деметра”, приміщення для якого було надано вільнюським муніципалітетом, розташувався поблизу залізничного вокзалу, де, за інформацією поліції, працювала більшість вуличних ОСБ. Невдовзі після його відкриття кабінет набув широкої популярності серед споживачів ін’єкційних наркотиків і вуличних секс-робітниць.

Соціально-медична допомога ОСБ в цьому державному суспільному центрі надається за принципом добровільності та конфіденційності, всі послуги є безкоштовними [56].

Велика увага приділяється аутріч-роботі (кожен член команди центру проводить 96 годин на рік на виїзді) та залученню нових волонтерів серед ОСБ. Інформаційно-освітня робота серед ОСБ проводиться в таких напрямках, як лекції з анатомії, розповсюдження інформації стосовно доступної для ОСБ медичної допомоги, соціального страхування, про небезпеку наркоспоживання, ВІЛ та ППСШ, їхню профілактику, про наявні в місті програми зменшення шкоди [97].

“Деметра” співпрацює з багатьма литовськими державними установами та неурядовими організаціями, входить до Міжнародної мережі проти незаконної торгівлі жінками та розвитку профілактики ВІЛ в Європі.

У багатьох країнах світу організація та робота дроп-ін-центрів для ЧСЧ ускладнюється укоріненою в громадській думці гомофобією та криміналізацією одностатевих стосунків серед чоловіків з боку держави. Так, у 86 країнах світу такі стосунки вважаються кримінальним злочином. У 21 країні статевий зв'язок між чоловіками карається тюремним ув'язненням терміном від 10 років і більше, а в 7 країнах за одностатеві стосунки загрожує страта [268].

У Східній та Центральній Європі профілактика ВІЛ серед ЧСЧ, як вказує М. Райт [271], ускладнюється тим, що на початку епідемії СНІДу ці країни не мали чітко сформованої субкультури ЧСЧ з розвинутою мережею зв'язків та інфраструктури. І таку субкультуру неможливо створити лише на засадах необхідності забезпечення профілактичних заходів. Але вона вже інституційно почала кристалізуватися в русі за права ЛГБТ спільноти у багатьох країнах колишнього соціалістичного табору, попри очевидний тиск. Про це, зокрема, заявляв А. Вассон-Сімон, президент французької неурядової організації AIDES, у попередньому звіті про результати Європейського семінару з питань здоров'я ЧСЧ (European Gay Health Seminar), який проходив у Парижі в червні 2007 р. [270].

Таким чином, залучення до комплексних програм профілактики ВІЛ членів спільноти ЧСЧ є запорукою їхнього успіху. Ці програми мають не тільки вирішувати питання охорони здоров'я членів цільової групи (наприклад, поведінкові зміни, постійне користування кондомами та інші форми регулярної профілактики ВІЛ/СНІДу), але й сприяти поліпшенню їхнього психологічного стану (наприклад, вихованню в них почуття самоповаги), а подекуди й соціального становища (юридичні консультації, професійна освіта). Такі структурні чинники, як законодавча криміналізація добровільних негетеронормативних стосунків між людьми або потурання громадській нетерпимості до ЧСЧ з боку політичних, релігійних лідерів та діячів культури також не повинні залишатися без уваги працівників ВІЛ-сервісних програм [35].

Яскравим прикладом самоорганізації та успішних спроб створення позитивного іміджу ЧСЧ в місцевій громаді є діяльність НУО Iwag Dabaw в м. Давао на філіппінському острові Мінданао. Цю організацію створили в 1994 р. місцеві ЧСЧ з метою покращення свого соціально-економічного становища та пропаганди безпечного сексу серед представників своєї спільноти.

Враховуючи великий авторитет католицької церкви на Філіппінах, Iwag Dabaw побудувала інформаційно-роз'яснювальну роботу з населенням та міською владою на взаємодії та підтримці архієпископа Давао монсеньйора Фернандо Капалли, який підтримав проект організації та допоміг налагодити зв'язки з католицькою донорською інституцією Misereor у Німеччині, що фінансує соціально-профілактичну програму Iwag Dabaw з 1997 р. Останнім часом кошти надходять також від німецької Католицької агенції допомоги в цілях розвитку (Katholische Zentralstelle f?r Entwicklungshilfe). Завдяки такій авторитетній підтримці організації вдалося налагодити дуже добрі стосунки з міською владою та поліцією, що стало запорукою більш толерантного ставлення консервативної та релігійної частини населення до ЧСЧ.

Iwag Dabaw організує місцеву спільноту ЧСЧ та пропагує серед її представників здоровий спосіб життя, надає базові послуги з профілактики ВІЛ, інформує про їхні громадянські, соціальні та економічні права. Члени Iwag Dabaw навчають добровільних консультантів за принципом “рівний-рівному” для проведення ефективної аутріч-роботи. Працює невеличкий контактний центр, в якому збирається група підтримки, відвідувачам надаються медичні консультації, психологічна та соціальна допомога, розповсюджуються кондоми та лубриканти.

Інтеграція ЧСЧ в життя громади Давао відбувається шляхом організації різноманітних культурних заходів за участю ЧСЧ в дні місцевих свят, періодичних “недільників” з прибирання міських територій, регулярних днів безкоштовної стрижки для всіх бажаючих, гей-фестивалів.

Ще одним успішним прикладом самоорганізації ЧСЧ є “Товариство блакитного діаманту” (Blue Diamond Society, або скорочено BDS) з Катманду – єдина організація сексуальних меншин у Непалі. Вона була заснована в 2001 р. 28-річним Сунітом Пантом. У Катманду рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ дорівнює 4%, але у переважно індуїстському Непалі толерантно до ЧСЧ ставилися хіба що буддисти та представники міжнародних організацій.

Після консультацій з радниками міжнародних неурядових організацій, які працюють в Катманду, було вирішено створити асоціацію сексуальних меншин. Оскільки непальська конституція не визнавала сексуальних меншин, нову НУО зареєстрували як програму профілактики сексуального та репродуктивного здоров’я. Так з’явилося “Товариство блакитного діаманту”.

На сьогоднішній день BDS має декілька центрів в Катманду, які працюють за принципом зменшення шкоди і діяльність яких спонсорує ФНІ та інші закордонні донори. Кількість відвідувачів цих центрів неухильно зростає [106].

Після повалення монархії в Непалі в 2006 р. Верховний суд країни виніс рішення, що уряд має визнати жінок, які займаються сексом з жінками, ЧСЧ і трансгендерних осіб цілком “природними” та захищати їхні права.

Також доволі типовою в багатьох суспільствах є ситуація, коли ЧСЧ стають жертвами насильства з боку представників радикальних угруповань, поліції або коли молоді ЧСЧ опиняються на вулиці після того, як батьки дізнаються про їхню сексуальну орієнтацію. Тому в багатьох країнах існують центри кризового втручання, метою яких є запобігання та подолання наслідків насильства проти ЧСЧ, бісексуалів, лесбійок, трансгендерних осіб, а також секс-робітників і робітниць. Наприклад, у Делі в Індії працюють два невеличкі центри Тресту розвитку, захисту та досліджень (Development, Advocacy and Research Trust, або скорочено DART), які в разі потреби використовуються як притулок для постраждалих від насильства ЧСЧ і трансгендерних осіб. Один із центрів DART розташований в районі Уттам-Нагар у Західному Делі, а інший – у Шастрі-парку на сході столиці (зараз він балансує на межі закриття через брак коштів на його утримання). Персонал центру в Шастрі-парку складається з 17 чоловік, яким допомагають 11 консультантів з-поміж місцевих ЧСЧ і трансгендерних осіб.

Ще одною типовою проблемою в багатьох суспільствах є традиційно недоброзичливе ставлення до ЧСЧ з боку працівників державних медичних установ. Багато ЧСЧ вважають за краще, щоб їх обслуговували лікарі, які самі належать до їхньої спільноти. Якщо таких лікарів бракує, то ще одним вирішенням проблеми може бути організація спеціалізованих центрів зменшення шкоди або медичних закладів для ЧСЧ. Наприклад, така клініка ВІЛ/СНІДу, яка обслуговує переважно ЧСЧ, існує в Стокгольмі в Швеції. Заснована в 1982 р., клініка Venhalsan структурно належить до відділення інфекційних захворювань шпиталю Королівського інституту (Karolinska Institutet), але розташована в Центральному шпиталі Південного Стокгольму в самому центрі міста. На сьогодні вона, зокрема, надає медичну та

психологічну допомогу більш ніж 630 ВІЛ-позитивним ЧСЧ. Широко займається також питаннями профілактики ВІЛ і надає безкоштовні медичні консультації, тестування на ВІЛ без попереднього запису. Фінансується Venhalsan з бюджету місцевого самоуправління.

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

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

Завдяки зусиллям BSWS у п’ятирічній програмі уряду Бангладеш з протидії ВІЛ на 2000 р. вперше окремим пунктом були виділені питання профілактики серед ЧСЧ. Також завдяки участі BSWS в Національній програмі епідеміологічного нагляду аналізу крові серед ЧСЧ збираються без зазначення їхніх особистих даних.

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

З урахуванням необхідності вищезазначеного міждисциплінарного підходу та представленого в цьому огляді досвіду діяльності центрів зменшення шкоди для СІН, ОСБ і ЧСЧ можна сформулювати мінімальний набір послуг з профілактики ВІЛ серед представників цих уразливих до ВІЛ категорій населення. Для зручності та наочності зведемо його в наведену нижче таблицю [56]. В цій таблиці 3.1. зазначені шість базових компонентів мінімального пакету послуг з профілактики ВІЛ для груп ризику, а також їхніх партнерів/клієнтів, поєднання яких має на меті допомогти цільовим групам засвоїти регулярні практичні заходи зі зменшення шкоди ін'єкційного вживання наркотиків і ризику незахищених статевих стосунків. Ці компоненти включають в себе: (1) аутріч-роботу та консультування за принципом «рівний-рівному»; (2) залучення засобів масової інформації; (3) розповсюдження презервативів (і лубрикантів - особливо для ОСБ і ЧСЧ); (4) добровільне консультування та тестування на ВІЛ; (5) лікування ПСШ та (6) обмін голки і шприців для СІН.

Напевно, годі було б розраховувати на те, що одна організація або заклад забезпечить надання водночас всіх компонентів цього пакету.

Таблиця 3.1

Мінімальний пакет послуг з профілактики ВІЛ серед груп ризику, який надається в рамках діяльності ВІЛ-сервісних організацій

Напрямок профілактики	Зміст профілактичної роботи, що проводиться НУО
Аутріч-робота	Поширення профілактичної інформації стосовно ВІЛ/СНІДу шляхом взаємодії з цільовими групами населення (зокрема, з використанням консультантів з-поміж рівних, групових заходів та акцій, телефонних «гарячих ліній», центрів зменшення шкоди, інтерактивних Інтернет- чатів тощо)

Продовження табл. 3.1

Залучення ЗМІ	Розробленої та спрямованої спеціально на споживачів ін'єкційних наркотиків(долі – СІН), осіб секс – бізнесу(далі – ОСБ) і чоловіків, що практикують секс з чоловіками(далі – ЧСЧ), за допомогою ЗМІ (напр., телебачення, відео, радіо, преса, друковані матеріали, зовнішня реклама, \VW\V тощо)
Розповсюдження презервативів (і лубрикантів)	Розповсюдження чоловічих кондомів і жіночих презервативів разом з лубрикантами або їхній соціальний маркетинг
Добровільне консультування та тестування на ВІЛ	Добровільне тестування на ВІЛ, яке поєднується з наданням консультацій під час отримання результатів клієнтами
Лікування ІПСШ	Діагностика та лікування ІПСШ професійним медичним персоналом
Обмін голків і шприців для СІН	Обмін голків та шприців, навчання безпечним ін'єкційним прийомом; може супроводжуватися замісною терапією в межах, дозволених чинним законодавством
Зв'язки зі спеціалізованими медичними закладами та органами соціальної опіки	Забезпечення зв'язків зі спеціалізованими медичними закладами та органами соціальної опіки для людей, які живуть з ВІЛ. Сюди відносяться медичні заклади, які надають антиретровірусну терапію, психологічну допомогу тощо, а також державні органи та заклади, які надають соціальну допомогу та підтримку

Найімовірніше таке завдання виконується завдяки скоординованим діям різних організацій, донорів та інших зацікавлених сторін. Крім того, налагодження зв'язків між окремими компонентами цього пакету допомагає ефективно забезпечити профілактичні потреби цільових категорій населення, про які йшлося в цьому огляді. Також додатковий сьомий компонент, тобто забезпечення зв'язків зі спеціалізованими медичними закладами та органами соціальної опіки, дає можливість людям, які одержали позитивний результат тестування на ВІЛ, отримувати додаткові послуги.

До бажаних підтримувальних елементів втручання, які сприяють впровадженню зазначених профілактичних заходів і підсилюють їхню ефективність, можна додати, зокрема, дії, спрямовані на подолання стигми та дискримінації груп ризику, гуманізацію законодавства та державної політики стосовно цих категорій населення, мобілізацію цих спільнот.

Зарубіжний досвід роботи центрів для СІН, ОСБ та ЧСЧ дозволяє зробити наступні загальні висновки та рекомендації у плані ефективного впровадження аналогічних програм соціально-медичної допомоги цим цільовим групам в Україні:

- забезпечення сталого фінансування з боку зовнішніх і вітчизняних донорів; проведення активної інформаційно-роз'яснювальної роботи серед місцевих громад, впливових громадських діячів, органів самоуправління та державних органів влади; розвиток і зміцнення робочих зв'язків з державними органами соціальної опіки є важливою запорукою налагодження успішної роботи контактних центрів для груп ризику;
- ретельна оцінка специфічних потреб місцевих спільнот ЧСЧ, СІН та ОСБ і сегментація споживачів соціально-медичних послуг на основі різниці в цих потребах також є важливою складовою успішного стратегічного планування роботи будь-якого центру;
- сприяння самоорганізації та зміцненню інфраструктури спільнот;
- активне залучення самих груп ризику на всіх етапах розробки, реалізації та оцінки відповідних програм дозволяє ефективніше задовольняти потреби цієї цільової групи;
- надання центрами зменшення шкоди комплексних медичних послуг та/або налагодження партнерських стосунків зі спеціалізованими медичними центрами, які враховують специфіку роботи з ЧСЧ, СІН та ОСБ, усуває перешкоди в задоволенні потреб цієї категорії населення в профілактиці ВІЛ і захисті свого сексуального здоров'я;
- залучення програм соціально-медичної допомоги груп ризику та самих представників цільової групи до дослідницьких проектів, наприклад, вивчення кращих шляхів профілактики ВІЛ;
- допомога уряду країни в розробці специфічних кампаній сексуальної освіти для ЧСЧ в межах національної програми боротьби з ВІЛ/СНІДом сприяє уникненню недоліків;

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

В країнах світу проводяться широкомасштабні програми боротьби з епідемією ВІЛ-інфекції, які включають просвітницькі заходи, доступ до послуг з консультування та тестування, лікування та догляду [23]. Значна робота проводиться з попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини [47; 256; 40; 6] та з подолання стигми і дискримінації до ЛЖВ [39].

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

3.2. Напрями удосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні

Розвиток більшості національних європейських структурно-функціональної моделей державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу найчастіше відбувається в напрямі послаблення державних функцій, впровадження діяльності нових соціальних інститутів, які здійснюють організацію та управління у протидії поширенню ВІЛ/СНІДу.

Втім, можна визначити деякі характерні риси модернізації моделей:

- уніфікація стандартів на міжнародному рівні;
- розвиток ринкових відносин у відношеннях між суб'єктами державно-громадської співпраці;

- вирішення специфічних національних проблем з урегулювання витратів на заходи з протидії поширенню ВІЛ/СНІДу.

Загалом для сучасних систем охорони здоров'я характерні процеси централізації та децентралізації. У країнах, де роль держави в організації охорони здоров'я є провідною, спостерігається тенденція до децентралізації державних функцій та їх делегування регіональним та муніципальним органам, інституціям громадянського суспільства. Децентралізація вважається ефективним способом поліпшення медичного обслуговування, залучення широких верств населення у визначенні пріоритетів.

У країнах зі слабкою роллю держави в охороні здоров'я, навпаки, відбувається посилення централізації. Проте, зайва децентралізація призводить до дроблення, послаблення центральних органів управління охороною здоров'я, нераціонального та недостатнього професійного оснащення медичним обладнанням та лікарськими засобами, нерівності у отриманні медичної допомоги, політичних маніпуляцій з боку зацікавлених регіонів та груп населення. Сучасні системи охорони здоров'я в Європі переважно децентралізовані.

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

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

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

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

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

У сфері протидії ВІЛ/СНІДу децентралізація – це передача (делегування) значної кількості повноважень і ресурсів на нижчі рівні (обласні, районні, міські). В результаті цього процесу кожен рівень надання медичних та немедичних послуг здатний самостійно визначити діапазон та обсяг необхідних втручань та послуг. При цьому, регіональні установи можуть за необхідності нарощувати нові та специфічні для того чи іншого регіону послуги, розширяти їх спектр, контролювати і оцінювати їх, виявляти проблеми і вирішувати їх. При цьому – в більшій мірі можна уникнути бюрократичних затримок централізованої системи [49, с. 7].

Так, спільна відповідальність суб'єктів державно-громадської співпраці в досліджуваній сфері, що набувається у процесі децентралізації, дає можливість забезпечити відповідне виконання заходів протидії ВІЛ/СНІДу на належному рівні та якісне надання послуг на різних рівнях. При цьому питання надання загальних (основних) послуг для ЛЖВ стосуються більш низьких рівнів, тоді як складні випадки лікування (у т.ч. опортуністичні інфекції), ускладнення, пов'язані із отриманням антиретровірусної терапії (АРТ), надаються на більш високих рівнях - на базі обласних або національних закладів системи охорони здоров'я [49, с. 8].

Слід зауважити, що загальновизнаним у світовій практиці у сфері протидії ВІЛ/СНІДу є розподіл децентралізації на чотири основних типи:

- деконцентрація;

- делегація повноважень;
- передача повноважень;
- приватизація.

Принциповою відмінністю між цими термінами є те, що в рамках деконцентрації місцева влада та прийняття рішень реалізується представником держави, тоді як при децентралізації – така влада реалізується виборчими органами.

Правовим підґрунтям для децентралізації послуг з ВІЛ/СНІДу являються окремі положення наказу МОЗ України від 01.03.2005 р. №99 “Про затвердження Примірного положення про центр з профілактики та боротьби зі СНІДом” [170] згідно яких на обласний рівень покладається наступна сфера відповідальності, яка тісно переплітається з діяльністю первинного рівня надання медичної допомоги:

- проведення навчання медичних кадрів закладів охорони здоров’я з профілактики ВІЛ-інфекції, туберкульозу та інших соціально-небезпечних хвороб;
- здійснення інформаційно-просвітницьких заходів щодо подолання дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб;
- впровадження інформаційно-просвітницьких заходів, спрямованих на зменшення інфікування ВІЛ, туберкульозом та іншими соціально-небезпечними хворобами серед різних верств населення, зосереджуючи увагу на уразливих групах.

Наказом МОЗ України від 25.02.2008 р. №102 “Про функціонування кабінетів “Довіра” (zareєстровано Міністерством юстиції за №220/14911 від 19.03.2008 р.) [239], що підтверджено відповідними наказами регіональних управлінь охорони здоров’я передбачено створення регіональних груп з оцінки якості медичної допомоги з ВІЛ/СНІД. На перехідний період дані групи мають особливу роль в процесі децентралізації послуг.

Основними обов'язками таких груп являється:

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

Але на жаль, до складу таких груп не включені організатори охорони здоров'я загальної мережі охорони здоров'я, представники первинної ланки надання медичної допомоги – сектору в охороні здоров'я, куди передбачається інтегрувати (децентралізувати) медичну допомогу з ВІЛ та громадські організації, які могли б бути ключовими партнерами для надання соціальних послуг для ВІЛ-інфікованих [144].

Суттєвою основою для децентралізації медичних послуг з ВІЛ/СНІДу є реформа, яка наразі проводиться в системі охорони здоров'я України. Законом України від 07.06.2011 року №3611-УІ “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги” [5] передбачено з 2020 року надання первинної медичної допомоги виключно на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

В ході реалізації медичної реформи в пілотних регіонах: Вінницькій, Донецькій, Дніпропетровській областях та м. Києві [202; 75; 114; 115] пріоритетом було розмежування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги [57; 135; 93; 101], створення Центрів ПМСД в якості

юридичних осіб [118], до складу яких входять дільничні підрозділи поліклінік та лікарень з створенням установ первинної медичної допомоги у вигляді амбулаторій загальної практики-сімейної медицини [115, 58] та їх оснащенням відповідно до табелів оснащення, які затверджені МОЗ України [74]. ЛЗП-СЛ нормативно забезпечені правом визначати медичний маршрут пацієнта [73], а населення – правом вільного вибору ЛЗП-СЛ [86].

Важливими векторами реформи стає перехід від:

- стаціонарної допомоги до амбулаторної [71];
- спеціалізованої допомоги до загальної [119];
- обсягу медичної допомоги до її якості [250];
- збільшення кількості лікарів до підвищення ефективності їх діяльності [147];
- лікування хвороб до їх профілактики [92].

І, як ми можемо побачити, діяльність громадських організацій в рамках протидії поширення ВІЛ/СНІДу на первинному рівні надання медичних послуг також не зазначена.

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

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

- стратегічні плани Міністерства охорони здоров'я України (Концепції надання медичної допомоги, Концепції управління якістю медичної допомоги тощо), національні стратегічні документи, пов'язані з відповіддю держави на

протидію епідемії ВІЛ-інфекції (Національні стратегії лікування, діючі протоколи та стандарти надання відповідної допомоги);

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

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

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

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

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

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

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

Основний акцент на цьому етапі треба зробити на наступному:

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

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

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

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

SWOT-аналіз – метод аналізу в стратегічному плануванні, що полягає в розподілі чинників і явищ на чотири категорії: strengths (сильні сторони), weaknesses (слабкі сторони), opportunities (можливості) і threats (загрози) [49, с. 11]. Для проведення якісного SWOT-аналізу рекомендується:

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

2. Орієнтуватися на думку отримувача послуг. Сильні та слабкі сторони можуть бути такими лише у разі, якщо їх саме так сприймає отримувач послуги. Отже, необхідним є залучення до аналізу представників громадських організацій, які працюють із клієнтами, та представників спільнот, уразливих до ВІЛ-інфекції/СНІДу і постраждалих від епідемії, та врахування їх думки.

3. Використовувати інформацію з різних джерел (групову думку, факти, соціологічні дослідження, дані епідмоніторингу тощо).

4. Проводити аналіз для кожного напрямку діяльності окремо (наприклад, аналіз для профілактики, для діагностики і лікування, для догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, тощо).

Важливо під час аналізу концентруватися не на загальних сильних чи слабких сторонах, а на тих із них, які прямо стосуються виконання завдань з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

SWOT-аналіз є одним з найбільш дієвих інструментів, який можна застосовувати для прийняття управлінських рішень (у тому числі і для планування розширення надання послуг). Рівень успіху за таких передумов безпосередньо залежить від якості проведеного SWOT-аналізу (див. табл. 3.2).

Так, дослідження зовнішнього середовища, у визначенні можливостей і загроз державно-громадської взаємодії, які існують у різних сферах взаємодії доцільно здійснювати у певних напрямках. Наприклад, загрози політичні – нормативні документи, рішення, які зовні впливають на місцеву державну адміністрацію; очікування і вимоги різних груп, їх інтереси (наприклад, очікування людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, щодо отримання послуг з лікування, догляду та підтримки).

Економічні – характеристики розвитку і стану господарства, зміна важливих економічних показників, бюджет, донорська підтримка, ціни медичних препаратів, матеріалів, обладнання тощо. Соціальні – ціннісні, поведінкові, моральні характеристики (наприклад, дискримінація або порушення прав людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІДом). Технологічні – зміна технологій (наприклад, запровадження нових методів лікування, джерел інформації, швидкості її передачі тощо).

Таблиця 3.2

Схема оцінювання зовнішнього і внутрішнього середовища державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу

Внутрішнє середовище	Strengths (сильні сторони) позитивні внутрішні характеристики об'єкта аналізу (якими є переваги об'єкта, що він робить добре, у чому його сприймають позитивно інші?)	Умови взаємодії: <i>-нормативно-правова база</i> <i>-структура управління;</i> <i>-фінанси та бюджет;</i> <i>-система планування;</i> <i>-кадрові ресурси;</i> <i>-інформація тощо</i>	Weaknesses (слабкі сторони) негативні внутрішні характеристики об'єкта аналізу (що можна вдосконалити, що є поганого, чого треба позбутися?)
Зовнішнє середовище	Opportunities (можливості) позитивні характеристики зовнішнього для об'єкта середовища (сприятливі для об'єкта аналізу можливості або тенденції, які можуть бути використані на своє благо)	Характер загроз у сфері взаємодії: <i>-політичні;</i> <i>-економічні;</i> <i>-соціальні;</i> <i>-технологічні</i>	Threats (загрози) негативні характеристики зовнішнього для об'єкта середовища (основні зовнішні перешкоди для досягнення запланованої мети)

Слід мати на увазі, що ті фактори, що формують окремі складові SWOT-аналізу, можуть мати різні часові характеристики впливу, тому доцільно виконувати їх ранжування на коротко- та довгострокові дії.

У міжнародній практиці побудова чітких цілей фіксується як пріоритет, що змістовно визначає ймовірність їх реалізації. Тому при їх побудові використовують універсальний підхід SMART-goals.

SMART-goals – підхід, що визначає вимоги до конкретно сформульованих цілей: конкретність (specific), вимірюваність (measurable), узгодженість (agreed-upon), досяжність (realistic), визначеність у часі (timed).

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

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

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

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

Нормативно-правовим підґрунтям для такого стимулювання може бути Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 вересня 2013 р. № 776-р “Про схвалення Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я” [165].

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

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

Основними компонентами цього процесу є такі складові:

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

А от для максимально чіткого розподілу повноважень рекомендується дотримуватися наступного розподілу зон відповідальності:

1) На національний рівень покладається наступна сфера відповідальності:

У рамках основних завдань у сфері протидії ВІЛ/СНІДу:

- оптимізація механізму управління у сфері контролю за соціально небезпечними хворобами шляхом посилення у цій сфері ролі держави;
- координація заходів, які вживаються організаціями, що беруть участь у реалізації державної політики з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та іншим соціально небезпечним хворобам в Україні;
- встановлення партнерства між державними, неурядовими та міжнародними організаціями, що беруть участь у реалізації державної політики з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та іншим соціально небезпечним хворобам в Україні;
- вивчення та впровадження в Україні кращих міжнародних практик з питань профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та інших соціально небезпечних хвороб;
- розробка та впровадження стратегії розвитку кадрового потенціалу у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та іншим соціально небезпечним хворобам; створення системи безперервного навчання на підвищення кваліфікації фахівців відповідно до національних стандартів;

- управління закупівлями та постачанням товарів, робіт і послуг, необхідних для надання якісних послуг з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та інших соціально небезпечних хвороб в Україні;

- сприяння розвитку системи моніторингу та оцінки, у тому числі економічної ефективності, планування та проведення досліджень, забезпечення епідеміологічного нагляду, внутрішнього та зовнішнього контролю якості (у тому числі лабораторної діагностики та стандартів лікування) у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та іншим соціально небезпечним хворобам в Україні;

- розвиток потенціалу та оптимізація діяльності закладів і установ, що беруть участь в організації та наданні допомоги, реорганізація системи надання послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції;

- надання організаційно-методичної допомоги закладам охорони здоров'я, спеціалізованим закладам, які здійснюють діагностику та надають лікувально-профілактичну допомогу, а також іншим організаціям, що здійснюють діяльність в галузі профілактики, лікування та протидії ВІЛ-інфекції, СНІДу;

- розробка та впровадження керівних принципів, політик та рамкових документів у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні;

- розробка, впровадження та контроль за реалізацією заходів, спрямованих на підвищення якості надання послуг.

2) На обласний рівень покладається наступна сфера відповідальності:

- організація заходів з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу;
- епідеміологічний моніторинг та епіднагляд за ВІЛ-інфекцією/СНІДом;

- забезпечення організаційно-методичного керівництва діяльністю закладів з питань надання консультативної, діагностичної, лікувальної та профілактичної допомоги населенню щодо ВІЛ-інфекції;

- організація та надання необхідних видів медичної, медико-психологічної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД;
- здійснення клініко-лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Методичне керівництво й контроль за якістю роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції незалежно від їх підпорядкування;
- організація і надання позалікарняної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД;
- медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими та хворими на СНІД. Епідеміологічне розслідування вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу при взятті під медичний нагляд;
- облік, профілактичне лікування і диспансеризація медичних працівників, які мали ризик інфікуватися при виконанні професійних обов'язків;
- організація медичного огляду населення регіону на наявність ВІЛ-інфекції на засадах добровільного тестування з перед- та післятестовим консультуванням;
- проведення навчання медичних кадрів закладів охорони здоров'я з профілактики ВІЛ-інфекції;
- здійснення міжвідомчої координації та забезпечення взаємодії з іншими центральними і місцевими органами виконавчої влади у сфері боротьби із захворюванням на ВІЛ-інфекцію/СНІД;
- забезпечення розробки та виконання заходів державної, регіональних і місцевих програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, здійснення моніторингу та оцінки ефективності їх реалізації;
- участь в складанні та наданні заявок щодо централізованої закупівлі лікарських засобів, імунобіологічних препаратів та обладнання, дезінфекційних засобів, що необхідні для здійснення діагностики і лікування ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД; забезпечення прозорості у питаннях закупівлі, розподілу та контролю за ефективним та раціональним

використанням лікарських засобів та обладнання; надання інформації про наявність та обсяг препаратів для лікування у відповідь на офіційні запити сервісних організацій;

- впровадження інформаційно-просвітницьких заходів, спрямованих на зменшення ризику інфікування ВІЛ серед різних верств населення, зосереджуючи увагу на уразливих групах;

- співпраця з засобами масової інформації з висвітлення питань, пов'язаних з проблемами ВІЛ-інфекції/СНІДу. Здійснення інформаційно-просвітницьких заходів щодо подолання дискримінації ВІЛ-інфікованих осіб;

- співпраця з іншими державними, громадськими та міжнародними організаціями з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Залучення представників неурядових ВІЛ-сервісних організацій, Товариства Червоного Хреста, Всеукраїнської мережі людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, соціальних служб і груп взаємодопомоги для догляду, підтримки та надання психологічної, соціальної, юридичної допомоги ВІЛ-інфікованим особам, хворим на туберкульоз та інші соціально небезпечні хвороби, членам їх родин. Ведення бази даних наявних послуг для ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД, включно з послугами, що їх надають неурядові організації, та надання інформації про відповідні послуги пацієнтам.

3) На районний рівень покладається сфера відповідальності відповідно до наказу МОЗ України № 102 від 25.02.2008 р. “Про функціонування кабінетів “Довіра” [169] та наказів обласних/міських управлінь/департаментів охорони здоров'я, що регламентують діяльність у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Особливу роль у процесі децентралізації (особливо на етапі планування та подальшого моніторингу процесу) відіграють регіональні групи з оцінки якості допомоги.

Основними обов'язками такої групи є:

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

Рекомендується залучати представників спільнот та неурядових організацій до діяльності групи з оцінки якості медичної та немедичної допомоги.

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

Аналіз літературних джерел показав, що існує багато моделей організації децентралізованих послуг. Зупинимось на деяких з них, що пов'язані з ВІЛ-інфекцією [49, с.17]:

1. Модель змішаного управління. У такій моделі управління більшість кабінетів “Довіра” та сайтів надання АРТ мають пряме підпорядкування головному лікарю відповідного закладу охорони здоров'я, де

розташований сайт. Втім, частина сайтів знаходяться у підпорядкуванні головного лікаря регіонального центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

2. Модель централізованого управління. Модель централізованого управління передбачає пряме підпорядкування діючих кабінетів “Довіра” та сайтів надання АРТ головному лікарю регіонального центру профілактики та боротьби зі СНІДом.

3. Модель “Хаб (центральний сайт) - сателіт”. При використанні такої моделі управління існує центральний сайт (кабінет “Довіра”, хаб) та мережа підпорядкованих, сателітних сайтів. Вказана модель може застосовуватися як для централізованого, так і для змішаного управління.

Незважаючи на той факт, що в умовах реформування охорони здоров’я обрано курс на децентралізацію послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, на первинному та вторинному рівнях надання послуг, у суспільстві досить високим залишається рівень стигми та дискримінації щодо наявності соціально небезпечного захворювання, приналежності до груп ризику щодо інфікування ВІЛ. Це спричиняє певний рівень недовіри з боку ВІЛ-інфікованих осіб та представників груп ризику до медиків та соціальних працівників [49, с. 20].

Певною проблемою є також недосконала нормативно-правова база та підґрунтя децентралізації медичних та соціальних послуг. Діючими нормативними актами закріплений обов'язок головного лікаря регіонального центру профілактики та боротьби зі СНІДом координувати та відповідати за дотримання порядку надання АРТ, її децентралізацію, планування, моніторинг діагностики і лікування ВІЛ-інфекції, цільове використання та забезпечення запасу антиретровірусних препаратів для безперервності АРТ в адміністративно-територіальній одиниці [148]. Втім, жодним документом не визначено поняття “децентралізації”, основні напрями та сфери децентралізації послуг для ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Нижче наводиться покроковий підхід удосконалення структурно-функціональної моделі державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу. Процес, запропонований нижче, віднесений до “найкращих практик” управління в досліджуваній сфері та використовується у багатьох країнах світу.

Так, процес співпраці включає в себе місцевий організаційний потенціал, підзвітність, прозорість, чіткий розподіл обов’язків, достатнє фінансування для задоволення місцевих пріоритетів. Крім того, координація функції децентралізації повинна бути районована для того, щоб ефективно відстежувати потреби, які впливають на діяльність на рівні об’єкта.

Зокрема, для надання подальшої допомоги знадобиться зворотний зв’язок з центральними офісами (національний рівень) з метою здійснення контролю результатів, доречності моделі, надання допомоги щодо подальшого розвитку, оцінки, підготовки та активації сайтів децентралізації у сфері протидії ВІЛ/СНІДу.

Крок 1. Оцінка та підготовка центрального сайту з надання послуг з питань ВІЛ/СНІДу.

При виборі моделі управління “Хаб (центральный сайт) - сателіт” першим кроком повинна стати оцінка готовності та спроможності центрального сайту до виконання своїх функцій (управління, організаційно-методична допомога, моніторинг тощо). Разом із фахівцями центрального сайту необхідно визначити - де, в яких районах та яку кількість сайтів необхідно відкрити для забезпечення нагальної потреби у медичних та немедичних послугах для ЛЖВ.

Для максимального охоплення всіх верств населення та тим, хто потребує допомоги пов’язаних з ВІЛ/СНІДом необхідним є попередній розподіл географічних зон відповідальності (зон обслуговування) між сайтами, що плануються до відкриття. Це дасть інформацію щодо необхідного

кадрового потенціалу та мінімально необхідної технічної бази сателітних сайтів.

Крок 2. Оцінка та підготовка сателітних сайтів з надання послуг з питань ВІЛ/СНІДу.

Необхідно провести оцінку існуючого потенціалу сателітного сайту з метою визначення сильних та слабких сторін управління, наявного кадрового потенціалу та його кваліфікації, виявлення сфер діяльності, що потребують додаткового фінансування, тощо. Наступним кроком у підготовці сателітних сайтів є детальне опрацювання логістичних моментів (графіки забору крові, доставки АРТ до сайту та ін.) та детальний опис функціонування системи моніторингу та оцінки (стандартні операційні процедури, типи та строки подання звітності та ін.).

Важливим є також розробка системи переадресації пацієнтів, які потребують спеціалізованої допомоги (схема руху, маршрут пацієнта, алгоритми переадресації та ін.) та системи направлення пацієнтів, які потрапляють під медичний нагляд з програм профілактики ВІЛ-інфекції. На цьому етапі слід максимально залучати представників НУО задля планування спільних активностей у районі обслуговування.

Крок 3. Пілотування.

Пілотування - є періодом активної, початкової роботи головного та сателітного (сателітних) сайтів. Це період інтенсивного наставництва та навчання. Основна мета цього етапу - переконатися, що сайт працює ефективно та у його роботі відсутні критичні моменти, що можуть вплинути на якість чи сталість наданих послуг з питань ВІЛ/СНІДу.

Найкраще процес пілотування відбувається шляхом регулярного проведення наставницьких та моніторингових візитів. В якості альтернативного варіанту навчання також можуть бути запропоновані такі форми, як тренінги, семінари, стажування на робочому місці, зустрічі тощо.

Крок 4. Поточна діяльність.

На етапі поточної (рутинної) діяльності - з боку головного сайту відбувається систематичне, поточне, підтримуюче кураторство, наставництво і нарощування потенціалу сателітного сайту. Основні питання наставницьких візитів зосереджуються на виявленні прогалин (під час поточної роботи, під час подання звітності, за підсумками оцінки). Цілком передбачуваним на цьому етапі є зменшення кількості наставницьких візитів.

Отже, основні вектори переходу від моделі, що склалась, до перспективної:

- від стаціонарної допомоги до амбулаторної;
- від спеціалізованої допомоги до загальної;
- від об'єму медичних послуг до їх якості;
- від зростання кількості лікарів до якості їх роботи;
- від лікування захворювань до їх профілактики [148].

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

Найбільший ризик децентралізації послуг, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, полягає в тому, що якість надаваних послуг у сателітних (віддалених) сайтах може не відповідати діючим протоколам та рекомендаціям щодо якості такої допомоги. Якщо пацієнти будуть отримувати неякісні (або неповноцінні) послуги, то перш за все, це буде відображатися на показниках прихильності пацієнта до надаваної АРТ, а в перспективі - до розвитку лікарської резистентності.

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

3.3. Функціонально-організаційна модель інтеграції громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в умовах децентралізації управління

Загальновизнаним є те, що в світі послуги з ВІЛ/СНІДу є високо затратними. При цьому в Україні навіть профілактичні заходи є малоефективними про що говорять темпи поширення ВІЛ-інфекції в країні. Тому важливою задачею є підвищення ефективності протидії епідемії ВІЛ-інфекції в Україні. Для цього необхідно використовувати та впроваджувати достовірні наукові дані і перевірені програмні моделі для охоплення і впливу на ВІЛ-інфікованих осіб та осіб з високим ризиком ВІЛ-інфікування. Необхідність впровадження та реалізації комплексних заходів з медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу включаючи профілактику, лікування та догляд вимагає від закладів охорони здоров'я та громадських організацій високого рівня спроможності, а також чіткої взаємодії між рівнями медичної допомоги, їх можливостями надавати конкретні послуги і забезпечувати загальне повноцінне функціонування територіальних систем медичної допомоги з названої проблеми.

Подолання епідемії ВІЛ-інфекції стане можливим, коли кожен житель України усвідомить реальність загрози інфікування ВІЛ та зможе захистити себе та своїх близьких шляхом отримання достовірної та повної інформації, в

т.ч. і завдяки можливості в будь-який час безперешкодно пройти консультування в зв'язку з тестом на ВІЛ. Сучасна стратегія призупинення поширення ВІЛ передбачає концентрацію зусиль усіх відповідальних та зацікавлених сторін на програмах первинної профілактики – інформування, консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію як базового компоненту подолання епідемії та підвищення якості життя ВІЛ-позитивних осіб.

З метою подальшого розвитку концептуальних підходів до створення функціонально-організаційної моделі інтеграції медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД на первинний рівень охорони здоров'я України із залученням громадських організацій до надання цієї допомоги, нами було використано дані, отримані в ході роботи міжсекторальної експертної групи, яка складалась із 50 незалежних експертів, з питань встановлення переліку профілактичних та лікувально-організаційних заходів з протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції [70]

Дані експертного дослідження та власний авторський доробок, наведені в табл. 3.3 показують, що на первинному рівні надання медичної допомоги має здійснюватися наступна медична допомога з ВІЛ/СНІДу: всі види і форми інформаційно-просвітницької роботи та надання загально медичної допомоги ЛЖВ.

Слід зазначити, що найвищу оцінку експертів щодо інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень отримали наступні види медичної допомоги:

- добровільне до тестове та після тестове консультування - $92,0 \pm 1,4\%$;
- скринінг-тестування на ВІЛ швидкими тестами – $92,0 \pm 1,4\%$;
- направлення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у віці 18-ть місяців життя до спеціалізованих ЗОЗ для встановлення ВІЛ-статусу - $92,0 \pm 1,4$.

Найнижчу оцінку експертів щодо інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень отримали наступні види медичної допомоги:

- диспансерний нагляд за хворими на СНІД – $44,0 \pm 2,5$;
- психологічна підтримка членів сімей ЛЖВ - $76,0 \pm 2,1$;
- сумісно зі спеціалістами здійснювати передпологовий нагляд за ВІЛ-інфікованими жінками та організація профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ - $80,0 \pm 2,0\%$.

Таблиця 3.3

Види медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу, яка повинна надаватися на первинному рівні

(за даними експертної оцінки та авторського доробку)

Вид медичної допомоги	% $\pm$ m	Можливість надання послуг НУО (авторське дослідження)
Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні громади	100,0	так
Інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу на рівні сімей	100,0	так
Індивідуальна інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу	100,0	так
Добровільне передтестове консультування	$92,0 \pm 1,4$	так
Післятестове консультування на ВІЛ	$92,0 \pm 1,4$	так
Скринінг-тестування на ВІЛ швидкими тестами	$92,0 \pm 1,4$	так
Скерування пацієнтів з позитивними ШТ для проведення серологічного дослідження до спеціалізованих ЗОЗ	$92,0 \pm 1,4$	-
Надання загально медичної допомоги ЛЖВ	100,0	-
Диспансерний нагляд за ЛЖВ	$88,0 \pm 1,6$	так
Диспансерний нагляд за хворими на СНІД	$44,0 \pm 2,5$	так
Надання на дому паліативної допомоги хворим на СНІД в термінальній стадії	$88,0 \pm 1,6$	так
Лікування ЛЖВ препаратами АРТ першого ряду	$84,0 \pm 1,8$	-
Направлення дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у віці 18-ть місяців життя до спеціалізованих ЗОЗ для встановлення ВІЛ-статусу	$92,0 \pm 1,4$	-
Сумісно зі спеціалістами здійснювати передпологовий нагляд за ВІЛ-інфікованими жінками та організація профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ	$80,0 \pm 2,0$	так
Психологічна підтримка членів сімей ЛЖВ	$76,0 \pm 2,1$	так

Аналіз даних дослідження ще більше підтверджує необхідність створення системи державно-громадської взаємодії в рамках надання допомоги хворим на ВІЛ – інфекцію на рівні ПМСД. Адже, ті послуги, які отримали найменшу оцінку експертів, зокрема: передпологовий нагляд за ВІЛ-інфікованими жінками та організація профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, психологічна підтримка членів сімей ЛЖВ та диспансерний нагляд за хворими на СНІД, а також практично всі послуги інформаційно-консультативного змісту, можуть бути делеговані в громадські організації. Таким чином, весь необхідний пакет послуг для ВІЛ-інфікованих може бути охоплений в повному обсязі. Ми маємо пам'ятати, що ЛЗП – СЛ, окрім послуг, що мають бути надані ВІЛ – інфікованим, мають надавати послуги й іншим хворим, які є під наглядом на їх ділянці. Вимагати від лікарів повного і якісного включення на питання ВІЛ/СНІДу без залучення допоміжних сил, в обличчі НУО, є неефективним і малоімовірним.

Також дослідження вітчизняних експертів стосувалося вивчення механізмів інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги і показало наступне.

Найвище експерти оцінили наступні механізми інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги:

- удосконалення нормативно-правової бази з питань надання медичної допомоги в т.ч. її інтеграції на рівень ПМСД - 100,0%;
- формування прихильності населення до отримання медичної допомоги сумісно з ЛЖВ – $96,0 \pm 1,0\%$;
- затвердження програм підготовки спеціалістів з питань ВІЛ/СНІДу на до- та післядипломному рівні – $96,0 \pm 1,0\%$.

Найнижче експерти оцінили наступні механізми інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги:

- перегляд табелів оснащення сімейних амбулаторій - $76,0 \pm 2,1\%$;
- розробка та затвердження механізмів координації діяльності спеціалізованих закладів охорони здоров'я та ПМСД з питань ВІЛ/СНІДу - $80,0 \pm 2,0\%$.

Таким чином, ми бачимо, що механізм нормативно-правового регулювання питання надання допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги та механізми координації діяльності спеціалізованих закладів охорони здоров'я та ПМСД з питань ВІЛ/СНІДу однозначно потребують доопрацювання. Оскільки, ми пропонуємо включити в надання медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги ще й громадські організації як допоміжний компонент, то, відповідно, необхідно ці питання також врегулювати на законодавчому рівні, щоб такий рівень взаємодії був не умовний, теоретичного характеру, а ніс практичне та легітимне значення. Таким чином, буде подолано супротив ЛЗП – СЛ та їх керівництва, щодо залучення громадських організацій та й представники НУО матимуть законні підстави надавати соціальні послуги ВІЛ – інфікованим та їх сім'ям.

Далі представлено аналіз результатів експертного визначення можливих ризиків інтеграції медичної допомоги з питань ВІЛ/СНІДу на первинний рівень надання медичної допомоги. Такий аналіз вказує на те, що найвище експерти оцінили наступні ризики інтеграції медичної допомоги з ВІЛ-інфекції на первинний рівень медичної допомоги:

- недосконалість нормативно-правової бази - $92,0 \pm 1,4\%$;
- низький рівень професійної готовності ЛЗП/СЛ - $76,0 \pm 2,1\%$;
- низький рівень довіри ЛЖВ до медичних працівників ПМСД - $60,0 \pm 2,4\%$;
- негативне ставлення значної частки населення до сумісного отримання медичної допомоги разом з ЛЖВ - $60,0 \pm 2,4\%$;
- низький рівень взаємодії служб ВІЛ/СНІДу і ПМСД - $56,0 \pm 2,5\%$.

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

Окрім того, до переваг залучення НУО до співпраці з ЛЗП – СЛ можемо також віднести і зменшення дублювання медичних і соціальних послуг для ВІЛ-інфікованих, підвищення рівня звернень громадян до обстеження на ВІЛ і, відповідно, виявлення ВІЛ-інфікованих і доведення їх до диспансеризації та лікування, зокрема. А це, як наслідок покращить внутрішню секторальну співпрацю з надання послуг ВІЛ-інфікованим та підвищить ефективність заходів спрямованих на протидію ВІЛ/СНІДу.

Проаналізовані дані експертного дослідження, були використані при розробці функціонально-організаційної моделі інтегрованої участі громадських організацій з питань протидії ВІЛ/СНІДу в умовах децентралізації. Дана модель передбачає розподіл форм і методів профілактичної роботи в залежності від контингенту населення: здорові чи ВІЛ-інфіковані особи та включає в себе розмежування послуг між медичними представниками та громадськими організаціями в рамках державно-громадської взаємодії.

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

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

Метою запропонованих заходів є попередження ВІЛ-інфікування через прийняття населенням мотивованої безпечної поведінки. При цьому центральним елементом в діяльності сімейних лікарів та громадських організацій є сім'я. Запропонована модель передбачає комунікативні заходи індивідуального та групового характеру, які проводить соціальний працівник,

психолог НУО за підтримки та участі лікарів загальної практики-сімейні лікарі в залежності від категорії цільової групи, навантаження на лікаря та можливостей НУО та амбулаторій. Цільові групи впливу розділені на здорових, групи ризику ВІЛ-інфікування, ВІЛ-інфікованих та членів їх сімей, осіб, що є волонтерами в боротьбі з епідемією ВІЛ/СНІД тощо. При цьому передбачено застосування різних форм та засобів суспільних комунікацій з названої проблеми.

Враховуючи досвід громадських організацій із проведення профілактичної роботи з представниками груп ризику та налагодженому контакту, це дасть змогу лікарям зосередитись на суто медичних проблемах, а маючи контакт з важкодоступними для медиків групами ризику, як то СІН, ЧСЧ чи ОСБ попередити інфікування та розповсюдження ВІЛ, раннє виявлення опортуністичних захворювань та доведення їх до диспансерного обліку (Рис.3.1).

Складовими даної моделі визначено:

I. Види допомоги, які надає ЛЗП/СЛ та представники громадських організацій в залежності від категорії населення:

1) *загальне населення*: добровільне дотестове консультування, тестування швидкими тестами, після тестове консультування та скерування на вищі рівні надання медичної допомоги до спеціалізованих закладів медичної допомоги. Враховуючи дані статистики, наведені в попередніх розділах, ми бачимо, що є великий відсоток населення, який не доходить до спеціалізованих закладів медичної допомоги, тому аби зменшити такий ризик, ми пропонуємо включити в обов'язки працівників громадських організацій, які працюють з ЛПЗ/СЛ соціальний супровід таких пацієнтів. Навчання представників НУО з питань проведення консультування (до тестового та після тестового) з ВІЛ/СНІДу дозволить полегшити роботу лікарів;

2) *ВІЛ-інфіковані особи*: надання загально медичної допомоги, диспансерний нагляд за інфікованими включаючи організацію консультацій з

лікарями-спеціалістами, обстеження, прийом препаратів АРТ першого ряду, формування поведінки, що запобігає передачі ВІЛ-інфекції іншим особам, з урахуванням особистих факторів ризику, психологічна підтримка членів сімей при їх інформованості про наявність у члена сім'ї ВІЛ-інфекції. Маємо зазначити, що розподіл повноважень між НУО та ЛПЗ/СЛ на цьому етапі є вкрай важливим, адже питання підготовки та вироблення прихильності пацієнта до АРТ лікування, формування безпечної поведінки та психологічна підтримка сімей є процес тривалий та вимагає підготовки в різних сферах життя. Тому доцільніше враховувати досвід та різноплановість працівників громадських організацій, як то робота психологів, соціальних працівників, аут річ спеціалістів, соціальних педагогів та делегувати їм цю роботу, аніж навчати лікарів психології та соціальній роботі;

3) *Хворі на СНІД*: надання загально медичної допомоги та здійснення диспансерного нагляду за програмою, яка складена лікарем-спеціалістом при психологічній підтримці хворого та членів його сім'ї;

4) *Хворі на СНІД в термінальній стадії*: основна задача ЛЗП/СЛ полягає в організації на дому комплексу паліативної допомоги із залученням представників громадських організацій по навчанню членів сім'ї організації безпечного для них догляду при психологічній підтримці хворого і членів його сім'ї.

При цьому обов'язковою задачею ЛЗП/СЛ та громадських організацій є інформаційно-просвітницька робота з питань ВІЛ/СНІДу на рівні громади, сім'ї, а також на індивідуальному рівні.

II. Умови впровадження на первинний рівень медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу з включенням громадських організацій. Вони включають наступне:

1) удосконалення нормативно-правової бази з питань надання медичної допомоги в т.ч. її інтеграції на рівень ПМСД та легітимізація роботи НУО спільно з ЛПЗ/СЛ;

2) повний перехід системи охорони здоров'я на ПМСД на засадах сімейної медицини;

3) затвердження програм підготовки спеціалістів з питань ВІЛ/СНІДу на до- та післядипломному рівні, постійне та спільне навчання представників НУО та медиків;

4) розробка та затвердження механізмів координації діяльності спеціалізованих закладів охорони здоров'я, ПМСД та громадських організацій з питань ВІЛ/СНІДу;

5) формування прихильності населення до отримання медичної допомоги сумісно з ЛЖВ.

III. Інформаційне забезпечення функціонування запропонованої моделі взаємодії, яке полягає в наступному:

1. *Інформація епідеміологічного, медичного та соціального характеру* до якої віднесено: отримання інформації лікарями загальної практики – сімейної медицини та представниками громадських організацій про випадки ВІЛ-інфікування населення, яке вони обслуговують та методології і нормативної бази з метою надання психологічної підтримки членам сім'ї та надання хворим в термінальній стадії СНІДу паліативної допомоги.

2. *Інформування про засоби профілактики ВІЛ/СНІД* на рівні громади, сім'ї та індивідуальному рівні. Така інформація включає методологію проведення групових форм профілактики на рівні громади, групових форм профілактики на рівні сім'ї, індивідуальних форм та методів залучення до профілактичної роботи неформальних лідерів.

3. *Інформаційне забезпечення з безперервного підвищення професійної майстерності.* Рішення даної складової полягає в проходженні ЛЗП/СЛ та працівників громадських організацій курсів підвищення кваліфікації, тренінгів та практичних занять на базі обласних тренінгових центрів, які створено в рамках впровадження сімейної медицини та забезпеченні інформацією на електронних та паперових носіях.

4. *Інформаційно-технічне забезпечення.* Складовими рішення даної задачі є забезпечення комп'ютерною технікою, програмами, технологіями та інформаційно-методичними матеріалами.

IV. Групи комунікаційного впливу: вперше цільовою групою комунікаційного впливу ми визначили сім'ю; сімейний лікар та громадська організація, які забезпечують комплекс організаційних, профілактичних, діагностичних та лікувальних заходів для мешканців територіальної громади (загальне населення і групи ризику, ВІЛ-інфіковані, хворі на СНІД). Ефективність комунікацій на цьому рівні залежить від багатьох факторів і в першу чергу від психологічного клімату між членами родини. Більш того, ефективність комунікацій з питань протидії розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу досягатиме своєї мети, коли при використанні сучасних технологій комунікації буде забезпечена її цілісність, наступність, етапність, послідовність, логічність, а інформація буде об'єктивною та узгодженою.

Враховуючи, що основою діяльності по зниженню темпів поширення ВІЛ-інфекції є комунікації, нами визначено, що комунікаційна діяльність на первинному рівні повинна носити міжсекторальний підхід з залученням до неї осіб, що приймають рішення, працівників засобів масової інформації, неформальних лідерів, представників недержавних організацій, представників церкви, вчителів. Серед молоді та представників ГПР комунікації мають також проводитися за принципом "рівний рівному", а для цього ЛЗП/СЛ мають співпрацювати та активно залучати представників НУО.

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

1) законодавчо визначити передачу медичної допомоги ЛЖВ на первинний рівень надання медичної допомоги при цьому: запровадити механізм передачі даних при випадки ВІЛ-інфікування лікарям загальної практики – сімейним лікарям; визначитися з оплатою праці медичних

працівників первинної ланки за надання медичної допомоги ЛЖВ; внести зміни в таблиць оснащення сімейних амбулаторій, доповнивши їх засобами медичного характеру необхідними для надання медичної допомоги ЛЖВ, обстеження населення за їх бажанням та засобами індивідуального захисту, прописати законодавчий механізм інтеграції послуг НУО в рамки надання послуг ЛЖВ на рівні первинної медичної допомоги;

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

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

4) запровадити систему короткотермінової підготовки працюючих ЛЗП/СЛ та сімейних медичних сестер з питань надання медичної, соціальної, психологічної допомоги з ВІЛ/СНІДу на первинному рівні та особливості державно – громадської співпраці через тренінгові центри. Для цього необхідно підготувати національних та регіональних тренерів;

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

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

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

Висновки до розділу 3

У розділі ґрунтовно розглянуто питання щодо удосконалення механізмів взаємодії з громадськістю у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ в Україні крізь призму дослідження зарубіжного досвіду децентралізації послуг у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та перспективи впровадження її результатів в Україні; визначення основних напрямів удосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу та розроблення на цій основі функціонально-організаційної моделі інтеграції громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в умовах децентралізації управління. Узагальнення результатів дослідження дає підстави сформулювати такі висновки.

1. Спираючись на міжнародну практику, доведені доцільність, корисність і виправданість саме тих превентивних заходів і дій щодо попередження поширення ВІЛ, які мають на меті зміну поведінки і способу життя людей. Профілактика ВІЛ серед уразливих категорій населення зазвичай здійснюється за допомогою програм зменшення шкоди (серед СІН) та аналогічних програм, націлених на зменшення ризику та пропаганду безпечніших статевих зносин (серед ОСБ і ЧСЧ). Однією з найважливіших форм реалізації цих програм є центри соціально-медичної допомоги, або громадські центри зменшення шкоди (дроп-ін центри).

2. Аналіз зарубіжного та міжнародного досвіду втілення програм в рамках державно – громадської взаємодії планування та втілення заходів з протидії поширення ВІЛ/СНІДу показав, що ефективність таких програм залежить від декількох факторів, що наведені нижче.

Відповідність загальнодержавних пріоритетів, пріоритетам регіонів, індивідуальних підхід у плануванні та реалізації заходів профілактики, діагностики та лікування. Переросподіл коштів та напрямів діяльності між громадськими організаціями та державним сектором. Незнання та певна недовіра органів влади до діяльності громадських організацій на регіональному рівні має долатися шляхом інформаційного механізму

державного управління. Перешкодою до належної координації політики експерти визначили часту зміну керівництва МОЗ, низьку правову культуру і невиконання законів, орієнтацію координаційних механізмів не на результат, а на процес, брак зворотнього зв'язку.

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

Доведено, що основна мета децентралізації полягає в забезпеченні загального доступу до послуг з догляду та підтримки, лікування ВІЛ-інфекції та опортуністичних інфекцій шляхом:

- активного залучення місцевих громад та спільноти людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), до процесу прийняття управлінських рішень (планування надання послуг, закупівля та розподіл препаратів, координація діяльності неурядових організацій тощо);
- мінімізації стигми та дискримінації до ЛЖВ у суспільстві;
- підвищення рівня прихильності пацієнтів до антиретровірусної терапії (через зручність та комфортність отримання послуг, які надаються);
- раціонального використання наявних ресурсів (матеріальні, кадрові, управлінські та ін.) для швидшого розширення послуг на всіх рівнях надання послуг.

5. Проаналізовані дані експертного дослідження, були використані при розробці функціонально-організаційної моделі інтегрованої участі громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДУ в умовах децентралізації управління. Впровадження функціонально-організаційної моделі передбачає розподіл форм і методів профілактичної роботи в залежності від контингенту населення: здорові чи ВІЛ-інфіковані особи та включає в себе розмежування послуг між медичними представниками та громадськими організаціями в рамках співпраці.

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

ВИСНОВКИ

У дисертації розв'язано актуальне наукове завдання в галузі державного управління щодо наукового визначення теоретичних підходів та надання практичних рекомендацій з удосконалення механізмів взаємодії з громадськістю в системі державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. Отримані в процесі дослідження результати дають підстави для формулювання низки узагальнюючих висновків, пропозицій та рекомендацій, що мають теоретичне і практичне значення.

1. Аналіз джерельної бази дослідження, присвяченої проблемам державного управління у сфері протидії ВІЛ/СНІДу свідчить, що більшість наукових праць українських дослідників присвячена розгляду лише окремих аспектів проблеми, таких як сучасний стан та шляхи вдосконалення законодавства України у сфері протидії поширенню хвороби; дослідження сутності державної політики у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні; проблеми, прогнози, управлінські рішення з питань запобігання поширенню епідемії. Але практика довела, що на запобігання поширенню хвороб, головним фактором виникнення яких є соціально ризикована поведінка, вплив одних лише органів влади є абсолютно неефективним. Тому виникає нагальна потреба ефективної співпраці в даній сфері політиків, науковців, медичних працівників, представників громадських організацій. Таким чином, теоретико-методологічне обґрунтування вдосконалення наявних та запровадження нових механізмів протидії ВІЛ/СНІДу і, зокрема державно-громадської взаємодії в цій сфері є актуальним науковим завданням та підтверджує необхідність його виконання в галузі науки державне управління.

2. Обґрунтовано, що державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні є актуальним напрямом державної соціальної політики; одним із заходів активної державної політики інтеграції України в європейський простір. Визначено, що державно-громадська взаємодія у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні представляє собою еластичну і мобільну ланку системи

національної відповіді як сукупність загально-профілактичних та спеціальних програм, реалізованих виходячи з потреб епідеміологічної ситуації, мережі багатофункціональних установ, органів управління й підвідомчих їм організацій, що провадять свою діяльність шляхом прийняття різноманітних управлінських рішень на основі міжвідомчої й міжсекторальної взаємодії та раціонального розподілу повноважень між суб'єктами управління. Процес державно-громадської взаємодії розглянуто під кутом етапності його розвитку та співвіднесено з характеристиками суб'єктів взаємодії, їх основними рисами, функціями і властивостями. Це дозволило виявити такі етапи взаємодії: етап паралельної моносуб'єктної діяльності у сфері протидії ВІЛ/СНІДу – (1992-2000); поступовий перехід суб'єктів управління до засад взаємодії “за згодою” – (2001-2003); етап програмно-цільової взаємодії на засадах консолідованої участі (2004-2009); державно-громадська взаємодія на засадах функціонального впливу суб'єктів управління (2009-2013); етап інтегрованої взаємодії в умовах децентралізації управління (від 2014 р.).

3. Встановлено, що участь інституцій громадянського суспільства в організації національної відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні є надзвичайно важливою і є елементом активної соціальної політики, що сприяє подоланню наслідків довготривалої епідемії шляхом встановлення контролю над інтенсивністю епідеміологічного процесу. Роль інститутів громадянського суспільства ідентифіковано з позиції стадій управління і послідовності діяльності, що реалізується через систему загальних та спеціальних функцій управління. До загальних функцій належать стратегічне управління, оперативне управління та контроль. Спеціальними функціями громадського сектору щодо взаємодії у сфері протидії є адвокація, комунікація та соціальна мобілізація, експертна діяльність у процесах планування, впровадження та моніторингу політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Основними формами взаємодії є законотворча ініціатива; проведення спільних заходів (громадські слухання, щорічні національні конференції з проблем профілактики СНІДу тощо); навчання фахівців; використання матеріально-

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

4. Проаналізовано механізми державно-громадської взаємодії в системі державного управління з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні та запропоновано підходи щодо їх вдосконалення. Так, нормативно-правовий механізм взаємодії потребує подальшого удосконалення в частині якісних змін у змісті законодавчих та нормативно-правових актів, у тому числі й відомчих, щодо взаємодії в умовах децентралізації управління, подальшій класифікації, періодизації та систематизації національної нормативно-правової бази з метою її розвитку та приведення у відповідність до норм міжнародного права (стандартизація послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ). Інституційний механізм державно-громадської взаємодії в умовах децентралізації послуг у сфері ВІЛ/СНІДУ пропонується реалізовувати на рівні територіальної громади на основі організаційного підходу “переадресації клієнтів” від мережі лікувально-профілактичних установ (сімейний лікар) до представників громадського сектору, тобто з використанням технології горизонтального мережування (networking). Належне інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширенню ВІЛ/СНІДу пропонується реалізовувати на двох комунікативних рівнях: внутрішній – міжсуб’єктний обмін інформацією, зовнішній – суб’єктно-об’єктний обмін інформацією. Складовими елементами

інформаційного механізму взаємодії на рівні територіальної громади виступають: інформація епідеміологічного, медичного та соціального характеру; інформування про засоби профілактики ВІЛ/СНІД на рівні громади, сім'ї та індивідуальному рівні; інформаційне забезпечення з безперервного підвищення професійної майстерності для представників громадськості; інформаційно-технічне забезпечення взаємодії між суб'єктами управління.

5. Вивчено зарубіжний досвід функціонування моделей державно-громадської взаємодії з протидії ВІЛ/СНІДу, який засвідчує, що ефективність управління протидією забезпечується на основі інтеграції заходів профілактики з лікуванням, доглядом та підтримкою з метою задоволення потреб клієнтів з різних груп. Визначено, що в умовах децентралізації існує кілька моделей управління у сфері ВІЛ/СНІДу: модель змішаного управління, централізованого управління та модель “Хаб” (центральный сайт-сателіт). Зарубіжні моделі взаємодії державних органів та інституцій громадянського суспільства у боротьбі з ВІЛ/СНІДом засновані на принципах: 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). Доведено, що пріоритетним напрямом адаптації зарубіжного досвіду державно-громадської взаємодії є стандартизація, акредитація, ліцензування медичних та немедичних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу.

6. З урахуванням виявлених особливостей становлення та розвитку державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, вітчизняного та зарубіжного досвіду управління, у рамках чинної законодавчої та нормативно-правової бази, розроблено функціонально-організаційну модель інтегрованої участі громадських організацій у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, основою якої є

інтегративний підхід. В умовах децентралізації управління авторська модель на рівні територіальної громади функціонує на принципах диверсифікації послуг, а центральним суб'єктом управлінського впливу в діяльності сімейних лікарів як представників державного сектору та громадських організацій виступає сім'я. Складовими даної моделі визначено: види допомоги, які надають ЛЗП/СЛ та представники громадських організацій у залежності від груп комунікативного впливу; умови впровадження медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу з включенням громадських організацій на рівні територіальної громади, які передбачають удосконалення нормативно-правової бази з питань надання медичної допомоги в т.ч. її інтеграції на рівень ПМСД та легітимізація роботи НУО спільно з ЛПЗ/СЛ (1); повний перехід функціонування системи охорони здоров'я на засадах сімейної медицини (2); постійне та спільне навчання представників НУО та медиків з питань профілактики ВІЛ/СНІДу (3); розробку та затвердження механізмів координації діяльності спеціалізованих закладів охорони здоров'я, ПМСД та громадських організацій з питань ВІЛ/СНІДу (4); система інформаційного забезпечення та групи комунікативного впливу. Ключовою ідеєю авторської моделі стало вирішення проблеми підвищення ефективності діяльності щодо зменшення темпів розповсюдження епідемії ВІЛ/СНІД в Україні й підвищення доступності та якості медичної та соціальної допомоги різним контингентам населення при залученні лікарів загальної практики – сімейних лікарів (ЛЗП-СЛ) та представників громадських організацій до процесу взаємодії на рівні територіальної громади.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В. Б., Цветков В. В., Шаповал В. М. та ін. Державне управління: теорія і практика. Київ: НАН України, Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького; Юрінком Інтер, 1998. 432 с.
2. Авраменко Т. П., Білинська М.М., Васюк Н.О., Віленський А.Б. та ін.. Державна політика України в сфері охорони здоров'я: кол. монографія у 2 ч. / упоряд. Я.Ф.Радиш; передм. та заг. ред. М. М. Білинської, Я.Ф.Радиша. Київ: Вид-во НАДУ при Президентіві України, 2013. Ч. 1. С. 265–280
3. Александріна Т. Стратегія подолання ВІЛ-інфекції в Україні: професійний погляд на проблему: інтерв'ю з Т. Александріною; записав: О. Устінов. україн. медич. часоп. 2013. № 6. С. 30–32.
4. Аналіз міжнародного законодавства в галузі боротьби з нелегальним обігом наркотиків та їх вживанням: анонім. реферат. URL: http://5ka.at.ua/load/pravo/analiz_mizhnarodnogo_zakonodavstva_v_galuzi_borotbi_z_nelegalnim_obigom_narkotikiv_ta_jikh_vzhivannjam_referat/49-1-0-23782.
5. Аніщенко О. В., Моїсєєнко Р. О., Толстанов О. К. та ін. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів. Київ, 2011. 149 с.
6. Аряев Н. Л., Котова Н. В., Старец Е. А., Жилка Н. Я. Алгоритм медицинского наблюдения детей раннего возраста, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами. *Здоровье женщины*. нач.-практ. журнал. Киев, 2006. № 4(28). С. 217–222.
7. Басюк Т. П. Організація партнерства у місцевих громадян: метод. рек. для практиків соціальної сфери / заг. ред. І. Д. Зверєва. Київ: Наук. світ, 2006. 43 с.
8. Берроуз Д. Организация и менеджмент программ обмена игл и шприцев: руководство для стран Центральной и Восточной Европы и Новых Независимых Государств бывшего Советского Союза / под ред. Е. Престона, Й. Дерикота; пер. с англ. А. Саранг. 2000. 118 с.

9. Білінська М. М. Державне управління галузевою стандартизацією в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. Київ, 2004. 36 с.

10. Білсем Е., Готестам Р. Поліпшення стандартів захисту дітей: розвиток спеціальних послуг для дітей та сімей у країнах Східної Європи та Центральної Азії: концептуальна доповідь (Доповідь підготовлена в рамках спільного проекту за підтримки ЮНІСЕФ Світового банку «Зміна поглядів, політики і життя», програми, створеної для підтримки національних програм зменшення інституалізації вразливих індивідів у Східній та Центральній Європи та Центральній Азії). Лютий 2002. 26 с.

11. Бойко А. Соціальна робота з людьми, які живуть з ВІЛ-інфекцією та СНІДом. *Соціальна. політика і соціальна робота*: часоп. Харків, 2001. № 2. С. 54–61.

12. Бордуніс Т. Аналіз нормативно-правової бази щодо забезпечення прав дітей і молоді, які живуть та працюють на вулиці, запобігання безпритульності й бездоглядності в Україні. Київ: USAID Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні, 2011. 88 с.

13. В направлении цели «ноль». ЮНЭЙДС. Стратегия на 2011–2015 годы: объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_ru.pdf.

14. ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». URL: www.network.org.ua.

15. ВИЧ в тюрьмах: практ. пособ. (для пенитенциарных систем новых независимых государств) / под ред. Боллини П.; Всемирная организация здравоохранения; Европейское бюро, Женева: Формед, 2001. 306 с.

16. Віліжінський В. М., Попов М. П. Реформування системи місцевого самоврядування в Україні з урахуванням національних традицій врядування: монографія. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. 180 с.

17. ВІЛ-інфекція в Україні: інформац. бюл. / МОЗ України, ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України». Київ, 2011. № 37. 82 с.

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

19. Волик А. Использование одноразового инструментария действенный метод профилактики ВИЧ-инфекции. *Шаг за шагом: проблемы сообщества потребителей инъекционных наркотиков и пути их решения: метод. реком.* / глав. ред. Т. Дешко. Киев: Междунар. Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. С. 26–30.

20. Всесвітньої організації охорони здоров'я URL: <http://www.who.int>.

21. Всеукраїнський благодійний фонд «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій». URL: www.hiv.org.ua.

22. Горєлов Д. Державне фінансування громадських організацій: зарубіжний досвід та рекомендації щодо впровадження в Україні: аналітична записка. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/811/>.

23. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу, (25–27 июня 2001 г.). URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/aidsdeclaration_ru.pdf.

24. Декларация про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом: прийнята резолюцією S-26/2 спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН 27 червня 2001 р. URL: <https://unaids.org.ua/ua/korisna-informatsiya/zviti-analitika-dovidniki/deklaratsiya-o-priverzhennosti-delu-borby-s-vich-spidadom>.

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

26. Державна політика: підруч. / ред. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін. Київ: НАДУ, 2014. 448 с.
27. Державне управління: підруч. У 2 т. / ред. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін. Київ- Дніпропетровськ: НАДУ, 2012. Т. 1. 564 с.
28. Державне управління: проблеми адміністративно-правової теорії та практики / за заг. ред. В. Б. Авер'янова. Київ: Факт, 2003. 384 с.
29. Державне управління: словн.-довід. / уклад. В. Д. Бакуменко та ін.; за заг. ред. В. М. Князева, В. Д. Бакуменка. Київ: Вид-во УАДУ, 2002. 228 с.
30. Дешко Т. Права ВІЛ-позитивних людей і доступність для них послуг. *Соціальна політика і соціальна робота*: часип. Київ, 2005. № 2. С. 31–52.
31. Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу: Постанова Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2007 р. № 926. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/926-2007-%D0%BF>.
32. Джудіс Н. Оцінка політики в сфері протидії ВІЛ. Україна. Додаток: проект «Хелс полісі». Вашингтон, округ Колумбія: Ф'ючерз Груп. 2011. 322 с.
33. Діденко Н. Г. Державне управління і соціальне партнерство: актуальні проблеми теорії і практики: монографія. Донецьк, 2007. 404 с.
34. Діденко Н. Г. Сучасне соціальне управління: філософія, методологія, практика: монографія. Донецьк: ВІК, 2010. 375 с.
35. Довбах Г. Вивчення поведінки як складова моніторингу відповіді на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні: досвід 2004 року. / Г. Довбах // *Соціальна політика і соціальна робота*: часоп. Київ, 2005. № 2. С. 28–41.
36. Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 5 13 сентября 1994 г.). URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_rus.pdf.

37. Доклад о глобальных ответных мерах на ВИЧ/СПИД / ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЭЙДС. 2012 URL: <http://www.who.int/hiv/ru>.

38. Дорожня карта щодо розширення універсального доступу до профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування, догляду та підтримки в Україні до 2010 р. / М-во охорони здоров'я України, ЮНЕЙДС. квітень 2006 р. URL: http://www.aidsalliance.org.ua/ru/gfund/monitoringandevaluation/2nd_conf/print350/Ukraine%20UA%20Report%20FNL%20UKR.pdf.

39. Дуб Ю. М. Організаційна модель первинної профілактики ВІЛ-інфікування жінок в умовах реформування системи охорони здоров'я у Дніпропетровській області. *Педіатрія, акушерство та гінекологія*: междунар. журнал Київ, 2014. Т. 77, № 1(461). С. 72–74.

40. Дудіна О. О., Жилка Н. Я., Слабкий Г. О., Бринь Г. О. До проблеми розробки та впровадження клінічних протоколів у діяльність служби охорони здоров'я матері та дитини. *Здоров'я жінчини*: нач.-практ. журнал. Киев, 2006. № 1(25). С. 38–39.

41. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад.: Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін.; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. Київ: НАДУ, 2010. 820 с.

42. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Київ: НАДУ, 2011. Т. 1: Теорія державного управління / наук.-ред. колегія: В. М. Князєв, І. В. Розпутенко та ін. 748 с.

43. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Київ: НАДУ, 2011. Т. 2: Методологія державного управління / наук.-ред. колегія: Ю. П. Сурмін, П. І. Надолішній та ін.; за ред. Ю. В. Ковбасюк та ін. 692 с.

44. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентіві України. Київ: НАДУ, 2011. Т. 6: Державна служба / наук.-ред. кол.: С. М. Серьогін, В. М. Сороко та ін.; за ред. Ю. В. Ковбасюк та ін. 524 с.

45. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ: НАДУ, 2011. Т. 8: Публічне врядування / наук. ред. колегія: В. С. Загорський, С. О. Телешун та ін. 630 с.
46. Етичний кодекс спеціалістів з соціальної роботи України. *Соціальна політика і соціальна робота*: часоп. Київ, № 1. 2003. С. 16–22.
47. Жилка Н. Я. Організація системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (огляд). МОЗ, ЮНІСЕФ, ВООЗ. Київ, 2003. 32 с.
48. Жінки, діти та синдром набутого імунodefіциту (СНІД): декларація Міжнар. конф. про наслідки СНІДу для здоров'я матерів та дітей, Париж, 27–30 листопада 1989 р. URL: zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_848.
49. Загальні питання децентралізації надання медичних послуг у сфері соціально-небезпечних хвороб в умовах реформування охорони здоров'я України / Державна установа «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами Міністерства охорони здоров'я України», Український центр моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Київ, 2014.
50. Застереження загального порядку № 3 «ВІЛ/СНІД і права дитини»: прийнято Комітетом з прав дитини ООН, 58-а сесія Генеральної Асамблеї ООН, 13–31 січня 2003 р.
51. Захист прав ВІЛ-інфікованих осіб у суді: наук.-практ. посіб. для суддів / за ред. М. В. Буроменського. Київ, 2009. 110 с.
52. Іванова О. Стандарти у соціальній роботі: якими їм бути? *Соціальна політика і соціальна робота*: часоп. Київ, 2004. № 3. С. 57–64.
53. Іващенко В. Проблема відповідальності за заняття проституцією у законодавстві України. Юстиніан. 2005. URL: <http://www.justinian.com.ua/article.php?id=1893>.
54. Іжа М. М. Система регіонального управління: світовий досвід і Україна: монографія Одеса: Друкарський дім, 2011. 367 с.

55. Кабаченко Н. В. Роль державних стандартів у розвитку соціальних послуг для бездомних. зб. наук. пр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ, 2007. Вип. 1. С. 251–261.

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

57. Князевич В. М., Лазоришинець В. В., Яковенко І. В. та ін. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. Київ-Тернопіль, 2009. 440 с.

58. Князевич В. М., Лазоришинець В. В., Яковенко І. В. та ін. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи. Київ-Тернопіль, 2009. 440 с.

59. Князєв В. М., Бакаєв Ю. В., Василевська Т. Е. та ін. Філософські проблеми державного управління: навч.-метод. посіб. / за заг. ред. В. М. Князєва. Київ: НАДУ, 2012. 220 с.

60. Ковалевський В. Що таке групи взаємодопомоги. Роздаткові матеріали до тренінгу: звіт про тренінг «Шляхи вирішення медико-соціальних проблем ВІЛ-позитивних ув'язнених: міжсекторальна співпраця», що проводився 1 листопада 2004 в рамках проекту «Забезпечення догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ/СНІД», за фінансової підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках реалізації Національної програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. На правах рукопису / ВБФ «Всеукраїнська мережа ЛЖВ». Київ, 2004.

61. Ковбасюк Ю. В. Державні фінанси: теоретико-організаційні аспекти: навч. посіб. Київ: КИЙ, 2007. 259 с.

62. Ковбасюк Ю. В., Ващенко К. О., Сурмін Ю. П. Державна кадрова політика в Україні: стан, проблеми та перспективи розвитку / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, К. О. Ващенка, Ю. П. Сурміна. Київ: НАДУ, 2012. 72 с.

63. Коліушко І., Тимошук В. Управлінські послуги новий інститут адміністративного права. *Право України*. 2001. № 5. С. 30–34.

64. Коментар з питань ВІЛ/СНІД і захисту біженців, вимушено переміщених осіб та інших осіб, які перебувають під опікою УВКБ ООН⁴⁸. URL: http://unhcr.org.ua/img/uploads/docs/Comments%20on%20Law%20of%20Ukraine%20on%20Refugees_UKR%20_Full.pdf.

65. Конвенция Организаций Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации по отношению к женщинам (укр/рос). Сб. Междунар. договоров СССР. Москва, 1983. Вып. XXXVII. С. 26–36.

66. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод від 04.11.1950: ратифік. Законом України від 17 лип. 1997 р. № 475/97-ВР. URL: <http://zakon.rada.gov.ua>.

67. Конвенція про права дитини 1989 року (набула чинності для України 27 вересня 1991 року). *Відомості Верховної Ради УРСР*. 1991. № 13. Ст. 145.

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

69. Кримінальний кодекс України від 5 квіт. 2001 р. № 2341–ІІІ // *Відомості Верховної Ради України*. 2001. № 25 26. Ст. 131.

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

71. Кудря А. В. Первинна медико-санітарна допомога альтернатива втрачених можливостей системи охорони здоров'я населення. *Инволюция и эволюция в науке*: сб. публ. науч.-инф. центра (уровень стандарта, акад. уровень). Донецьк: Наук.-інф. центр «Знання», 2014. С. 60–63.

72. Лебединська О. Ю. Механізми державного управління міським продовольчим комплексом: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. Київ, 2004. 36 с.

73. Лехан В. М., Надутий К. О., Шевченко М. В. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони

здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*: наук.-практ. журнал. Київ,. 2013. № 2(26). С. 67–71.

74. Лехан В. М., Гінзбург В. Г., Крячкова Л. В., Шевченко М. В. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги досвід пілотних регіонів. *Wiadomosci lekarskie*. 2014. Т. LXVII, № 2. С. 210–214.

75. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. *Україна. Здоров'я нації*: наук.-практ. журнал. Київ, 2010. № 1. С. 5–23. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2010_1_3.

76. Линник С. О. Пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я України щодо реалізації міжнародних стратегій у сфері боротьби з ВІЛ/СНІД. *Держава та регіони*. Сер. : Державне управління. 2013. № 1. С. 173-178. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/drdu_2013_1_34.

77. Липтуга М. Е., Поляков И. В., Зеленская Г. М. Паллиативная помощь. Краткое руководство: монографія. 2-е изд. СПб.: Ком. по здравоохранению мерии Санкт-Петербурга, 2003. 160 с.

78. Лист Міністра охорони здоров'я України Представникові ПРООН в Україні п. Пабло Педро Вілануева і Міждержваному радникові програми ООН-СНІД п. Андрею Цимі від 21.10.1998 р. № 3.01.

79. Лист партнерам. Мішель Сідібе. UNAIDS, 2012. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2333_LetterToPartners_Ru_1.pdf.

80. Луїз Фокс, Рагнар Готестам. Переспрямування ресурсів на послуги на рівні громадян: резюме концептуального звіту / Праця написана як частина спільного проекту ЮНІСЕФ-Світовий банк «Змінюючи розуміння, політику та життя», програми, створеної для підтримки національних програм зменшення інституалізації вразливих індивідів у Східній та Центральній Європи та Центральній Азії). Липень 2002.

81. Лукіна Т. О. Державне управління якістю загальної середньої освіти в Україні: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. Київ, 2005. 36 с.

82. Люди и ВИЧ. Книга для неравнодушных / под ред. Е. Пурик. 2-е изд. Киев: Междунар. альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. 505 с.
83. Майструк Н. О., Синявська Д. С. Міжсекторальна взаємодія у сфері первинної профілактики ВІЛ/СНІДу: особливості розвитку в Україні. Вісн. Нац. техн. ун-ту України “Київ. політехн. ін-т”. Політологія. Соціологія. Право. Київ, 2012. № 3. С. 103–107
84. Марущак В. П., Юрченко О. В. Державно-правове регулювання: економіка і ціни: монографія. Одеса: ВМВ, 2014. 189 с.
85. Матвійчук А. Основні способи взаємодії громадських організацій з державою. URL: <http://lib.chdu.edu.ua/pdf/ukrpolituk/3/27.pdf>.
86. Матюха Л. Ф., Надутий К. О., Кондратюк Н. Ю. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*: наук.-практ. журнал. Київ, 2013. № 2(26). С. 76–83.
87. Менеджмент в охороні здоров'я: структура та поведінка організації охорони здоров'я / уклад.: Стівен М. Шортел, Арнолд Д. Калюжний; пер. П. Тарануха. Київ: Основи, 1998. 560 с.
88. Мерзляк А. В. Механізми державного управління іноземними інвестиціями: регіональний аспект: монографія. Київ: Вид-во УАДУ, 2002. 300 с.
89. Методичні рекомендації з питань організації та функціонування центрів ресоціалізації наркозалежних: *Державний ін-т проблем сім'ї та молоді*. Київ: Держ. ін-т проблем сім'ї та молоді, 2004. 200 с.
90. Методичні рекомендації з посилення технічної підтримки на рівні країни. Планування та управління технічною підтримкою. ІАЮБ, 2008.
91. Методологія державного управління: слов.-довід. / ред.: В. І. Луговий. Київ: Вид-во НАДУ, 2004. 195 с.
92. Миронюк І. С., Брич В. В., Гудюк Н. А. Досвід удосконалення системи нагляду за поширенням ВІЛ в Закарпатській області. *Україна. Здоров'я нації*: наук.-практ. журнал. Київ, 2009. № 3(11). С. 106–112

93. Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр.: монографія / за ред. Р. О. Моїсеєнко, Г. О. Слабкого. Київ, 2012. 354 с.

94. Міжнародний благодійний фонд «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. URL: www.aidsalliance.org.ua.

95. Міжнародний пакт про громадянські і політичні права. *Права людини і професійні стандарти для юристів в документах міжнародних організацій*. Амстердам-Київ, 1996. 342 с.

96. Модели предоставления услуг по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ (ДКТ). URL: <http://www.fhi.org/ru/aidsr/impactr/briefsr/vctmodelsota.html>.

97. Моделі організації надання послуг з діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, представникам уразливих груп населення: метод. посіб. Київ: МОЗ України, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України за підтримки МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2009. 45 с.

98. Наместнік В. В. Діяльність громадських організацій як аспект суспільного екологічного розвитку. *Ресурсне забезпечення процесів суспільного розвитку*: матеріали круглого столу (Дніпропетровськ, 17 трав. 2012 р.) / за заг. ред. В. Г. Вікторова. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2012. С. 81–84.

99. Настольная книга менеджера НПО / сост.: А. Волик, Н. Киценко, А. Андрущенко. Полтава, 2004. Часть IV. Аутрич и консультирование 119 с.

100. Настольная книга менеджера НПО / сост.: А. Левчук и др. Полтава, 2004. Часть III: Сборник материалов по организации работы и обеспечению безопасности труда сотрудников программ, осуществляющих профилактику ВИЧ/ИППП среди уязвимых групп населения (потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса). 59 с.

101. Науково обґрунтовані підходи до кваліфікаційної характеристики лікаря загальної практики сімейного лікаря з позиції компетентнісного підходу:

метод. рекомендації / уклад.: Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, В. Г. Слабкий та ін. Київ: НМАПО ім. П. Л. Шупика, ДУ «Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України», 2010. 27 с.

102. Національна стратегія адвокації, комунікації та соціальної мобілізації для підтримки розробки та реалізації програм та заходів з подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні на 2013–2017 роки, обговорена на загальних зборах ВБФ «Коаліція ВІЛ-сервісних організацій» 12–13 липня 2012 р. URL: www.hiv.org.ua/.../Стратегія%20АКСМ_ВІЛ_23_07_2012_Кестер.doc.

103. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>.

104. Національна стратегія тристороннього співробітництва з протидії ВІЛ/СНІДу у сфері праці на 2012–2017 роки. *Головна медична сестра*. 2013. № 10. С. 29–42.

105. Нізова Н. М. Партнерство України з Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією як чинник зміцнення ролі держави у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні / Н. М. Нізова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2012. № 3. - С. 6-12. – URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tlkhvil_2012_3_3.

106. НУО «Міжнародна організація здоров'я родини». ФНІ, Арлінгтон, США. URL: <http://www.fhi.org>.

107. Ньюмен К. Ліцензування соціальних послуг у європейських країнах. Соціальна політика і соціальна робота: часоп. Київ, 2004. № 4. С. 79–89.

108. Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу. URL: <http://www.unaids.org>.

109. Общественные центры снижения вреда для уязвимых к ВИЧ групп населения: опыт, практика, перспективы. Київ: Міжнародний альянс з ВІЛ/СНІД в Україні, 2009. 64 с.

110. Окреме доручення Кабінету Міністрів України від 27 лип. 2005 р. № 40006/0/1-05 за результатами засідання Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу від 19 липня 2005 р. (протокол 2).

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

112. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19.

113. Основи моніторингу та оцінки програм профілактики ВІЛ серед груп населення найвищого ризику інфікування: витяг з документа квітень 2007 р., с. 5 (Першоджерело: Ruggetal. (2004). Global advances in HIV/AIDS monitoring and evaluation. New Directions for Evaluation. Hoboken, NJ, Wiley Periodicals, Inc.).

114. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: спільний звіт / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. Київ: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.

115. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: спільний звіт / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. Київ: Вид-во Раєвського, 2005. 168 с.

116. Оспіщев В. І., Нагорна І. В. Класифікація чинників впливу на фінансову стійкість підприємств. *Економічна стратегія і перспективи розвитку сфери торгівлі та послуг: зб. наук. праць. Харків, 2009. Вип. 2. С. 218–223. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/esprstp_2009_2_34.*

117. Оценка возможностей развития программ профилактики ВИЧ в среде потребителей инъекционных наркотиков / О. Н. Балакирева (науч. рук. проекта), М. Ю. Варбан та ін. Киев: Соц. мониторинг, 2003. 160 с.

118. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги України щодо реалізації Закону України «Про порядок

проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві метод. реком. / уклад.: Л. Ф. Матюха, Н. Г., Гойда, Г. О. Слабкий та ін. Київ: МОЗ України, 2011. 47 с.

119. Оцінка ефективності організації та надання первинної медико-санітарної допомоги Україні щодо реалізації Закону України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві»: метод. реком. / уклад.: Л. Ф. Матюха, Н. Г., Гойда, Г. О. Слабкий та ін. Київ: МОЗ України., 2011. 47 с.

120. Палій Г. О. Щодо активізації взаємодії організацій громадянського суспільства із органами державної влади: аналітична записка. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/881/>.

121. Палій Г. О. Щодо активізації взаємодії організацій громадянського суспільства із органами державної влади: аналітичний запит. URL: <http://www.niss.gov.ua/articles/881/>.

122. Паллиативная помощь // Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. Протоколы ВОЗ для стран СНГ. Версия 1 / Всемир. организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. 2004. С. 75–93.

123. Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции. Модуль ГАЛЕН №15 / Междунар. ассоциация врачей по проблемам ВИЧ/СПИД (IAPAC). 2004. 80 с.

124. Парубчак І. О. Гуманітарні аспекти концепції державного управління процесами політичної соціалізації особи в Україні. *Демократичне врядування*. 2012. Вип. 10. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeVr_2012_10_7

125. Петроє О. М. Основні напрями вдосконалення державного управління соціогуманітарним розвитком на регіональному рівні. Вісн. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ: НАДУ, 2014. № 2. С. 69–74.

126. Петроє О. М. Соціальний діалог у державному управлінні: європейський досвід та українські реалії: монографія. Київ: НАДУ, 2012. 304 с.

127. Петроє О. М. Соціальний діалог як інструмент формування корпоративної соціальної політики: монографія. Київ: Центр учб. л-ри, 2008. 152 с.

128. Політика ВОЗ по відношенню співробітництва у сфері ТБ/ВІЛ: керівні принципи для національних програм та інших зацікавлених сторін. 2012 р. URL: http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/ru/index.html.

129. Політична декларація двадцятої спеціальної сесії Генеральної Асамблеї ООН, присвяченої спільній боротьбі із світовою проблемою наркотиків. Прийнята резолюцією S-20/2 Генеральної Асамблеї від 10.06.98 р. Доповідь Комісії з наркотичних засобів, що виступає як підготовчий орган спеціальної сесії Генеральної Асамблеї, присвяченої боротьбі з незаконним збутом, попитом, обігом та поширенням наркотичних засобів та психотропних речовин і пов'язаною із цим діяльністю, про роботу її другої сесії (A/S-20/4), р. 17–21.

130. Політична Декларація Організацій Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІДу в 2011 році. URL: <http://www.unaids.org/ru/targetsandcommitments>.

131. Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Указ Президента України від 13 квіт. 2011 р. № 467/2011. *Офіційний вісник України*. 2011. № 29. Ст. 353.

132. Положення про Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 11 лип. 2007 р. № 926 (зі змінами, внесеними постановою Кабінету Міністрів України від 6 лип. 2011 р. № 717). URL: <http://www.rada.gov.ua>.

133. Поляк О. В. Механізм надання управлінських послуг органами влади: автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. Львів, 2006. 20 с.

134. Помощь ВИЧ-инфицированным потребителям инъекционных наркотиков. Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе. *Протоколы ВОЗ для стран СНГ. Версия 1* / Всемир. организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. 2004. С. 39–45.

135. Пономаренко В. М., Слабкий Г. О., Шпита О. О. Методичні підходи до розмежування обсягів медичної допомоги населенню з приводу інфекційних та паразитарних хвороб між сімейним лікарем та лікарем-інфекціоністом. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*: наук.-практ. журнал. Тернопіль, 2007 № 2. С. 109–115.

136. Поняття якості. Міжнародна організація зі стандартизації. URL: <http://www.eurescom.de/~public-seminars/1998/QUTE98/06Oodan/sld002.htm>.

137. Попок А. А. Закордонне українство як об'єкт державної політики: монографія. Київ: Альтерпрес, 2007. 227 с.

138. Построение партнерства: метод. реком. / под ред. Т. Дешко. Киев: Alliance, 2003. 143 с.

139. Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ. На пути к обеспечению всеобщего доступа. ЮНЕЙДС, 2007. С. 13–16.

140. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики. ВОЗ, Европейское региональное бюро. Копенгаген, Дания. URL: <http://uhrn.civicua.org/library/hr/profprin.htm>.

141. Про Академію медичних наук України: Указ Президента України від 24.02.1993 р. № 59/93. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/59/93>.

142. Про благодійництво та благодійні організації: Закон України від 16.09.1997 р. № 531/97-ВР. *Відомості Верховної Ради*. 1997. № 46. С. 292.

143. Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини: Закон України від 23.02.2006 р. № 3477-ІУ. *Відомості Верховної Ради України*. 2006. № 30. Ст. 260.

144. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 14. Ст. 86.

145. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від

23.12.2010 р. № 2861-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2011. № 30. Ст. 274.

146. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки: Закон України від 20.10.2014 року № 1708-VII. *Відомості Верховної Ради*. 2014. № 48. Ст. 2055.

147. Про затвердження комплексу показників для проведення оцінки стану реформування системи охорони здоров'я у пілотних регіонах: наказ М-ва охорони здоров'я України від 15.08.2011 р. № 507. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110815_507.html.

148. Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ: Наказ МОЗ України від 10 лип. 2013 р. № 585, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 25.07.2013 р. за № 1254/23786. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1254-13>.

149. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 р. *Відомості Верховної Ради України*. 2000. № 29. Ст. 228.

150. Про інформацію: Закон України від 02.10.1992 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 48. Ст. 650.

151. Про Координаційну раду з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії: Указ Президента України від 17.03.2008 р. № 220/2008. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/220/2008>.

152. Про ліквідацію Координаційної ради з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії: Указ Президента України від 02.04.2010 р. № 481/2010. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/481/2010>.

153. Про міжнародні договори України: Закон України від 22.12.1993 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1994. № 10. Ст. 45.

154. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1997. № 24. Ст. 170.

155. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09.04.1999 р. № 586-XIV. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/main/586-14>.

156. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: Постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 р. № 442. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-%D0%BF>.

157. Про порядок участі центральних органів виконавчої влади у діяльності міжнародних організацій, членом яких є Україна: Постанова Кабінету Міністрів України від 13.09.2002 р. № 1371. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1371-2002-п>.

158. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 12.12.1991 р. № 1972-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 11. Ст. 152.

159. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України від 23.12.2010 р. № 2861-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2011. № 30. Ст. 274.

160. Про ратифікацію Європейської соціальної хартії (переглянутої): Закон України від 14.09.2006 р. № 137-V // *Відомості Верховної Ради України*. 2006. № 43. Ст. 418.

161. Про ратифікацію Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Першого протоколу та протоколів № 2, 4, 7 та 11 до Конвенції: Закон України від 17.07.1997 р. № 475/97-ВР. *Відомості Верховної Ради України*. 1997. № 40. Ст. 263.

162. Про ратифікацію Міжнародного Пакту про економічні, соціальні і культурні права і Міжнародного Пакту про громадянські і політичні права: Указ Президії Верховної Ради Української РСР від 19.10.1973 р. № 2148-VIII.

163. Про соціальні послуги: Закон України від 19.06.2003 р. № 966-IV (із змінами, внесеними згідно із 8 Законами в 2004–2012 рр.). // *Офіційний вісник України*. 2003. 1 серп. (№ 29). С. 52. Ст. 1435.

164. Про соціальні послуги: Закон України від 19.06.2003 р. № 966-IV. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.

165. Про схвалення Концепції розвитку системи фінансового забезпечення у сфері охорони здоров'я: розпорядження Кабінету Міністрів України від 18.09.2013 р. № 776-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/776-2013-р>.

166. Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД: клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків: затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 12 груд. 2003 р. № 580 / відповід. ред. Круглов Ю. В., Філіппович С. А.; Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. Київ, 2004. 112 с.

167. Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.05.2007 р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/352-2005-п>.

168. Про утворення Національної координаційної ради з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу: Постанова Кабінету Міністрів України від 16.05.2005 р. № 352. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/352-2005-%D0%BF>.

169. Про функціонування кабінетів «Довіра»: наказ М-ва охорони здоров'я України від 25.02.2008 р. № 102 (zareestrovano Міністерством юстиції за № 220/14911 від 19.03.2008 р.). URL: zakon.rada.gov.ua/go/z0220-08

170. Про функціонування кабінетів «Довіра»: наказ М-ва охорони здоров'я України від 25.02.2008 р. № 102. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0220-08>.

171. Проект «Вивчення НЛО» в Сан-Франциско. URL: <http://www.caps.ucsf.edu/projects/UFO/index.php>.

172. Проект Національного клінічного протоколу лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків (розробляється в рамках реалізації програми «Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні», підтриманої Глобальним фондом боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією). URL: <http://https://phc.org.ua/>

173. Проект протоколу з питань паліативної допомоги та позалікарняного догляду хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД (розробляється Українським центром профілактики та боротьби зі СНІД). URL: <https://phc.org.ua/uploads/documents/5ed909/f70f2a17b4635692cf5e3272eb8b3b45.pdf>

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

175. Рачинський А. П. Стратегічне управління персоналом в органах державної влади (теоретико-методологічний аналіз): монографія. Київ: НАДУ, 2009. 316 с.

176. Рачинський А. П. Стратегічне управління персоналом як механізм здійснення структурних змін у діяльності органів державної влади. Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. нау. фахове вид. Київ, 2009. № 3. URL: www.dy.nauka.com.ua/index.php?nomer_data=3&year_data=2009.

177. Рачинський А. П. Стратегічне управління у контексті сучасних західноєвропейських підходів. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. Київ, 2009. № 3. С. 12–20.

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

179. Рекомендации ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах. *Живи и дай жить другим*: круглый стол. (Баку, 1 груд. 2003 р.) Баку 2003, № 3. С. 26–33.

180. Реформа ВІЛ-послуг у дії. Актуальність створення Національного центру громадського здоров'я та контролю за захворюваннями: аналіт. звіт. 2015. URL: <http://www.hivreforminaction.org/wp-content/uploads/2015/10/National-Public-Health-and-Disease-Control-Center-draft.pdf>.

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

182. 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.

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

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

185. Руководство по социальной работе в ВИЧ-сервисе. Київ: БФ «Фонд профілактики хімічних залежностей та СНІДу»; Служба Camden & Islington (Лондон, Велика Британія), 2004. 100 с.

186. Саранг А. Снижение вреда: исторический обзор. URL: <http://uhrn.civicua.org/library/hr/hrhistory.htm>.

187. Сафін О. Д. Актуальні проблеми реформування законодавства про ВІЛ і наркотики. *Практична психологія та соціальна робота*: наук.-практ. освіт.-метод. журнал. Київ, 2007. № 1. С. 78–80.

188. Семигіна Т. В. Медіа-дискус стосовно ВІЛ/СНІДу: результати Всеукраїнського моніторингу друкованих ЗМІ. *Соціальна політика і соціальна робота*: часоп. Київ, 2005. № 2. С. 74–82.

189. Семигіна Т. В. Особливості формування координаційних механізмів у політиці охорони громадського здоров'я. *Віче*. 2009. № 11. С. 28–30.
190. Семигіна Т. В. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: між надіями та розчаруваннями? *Наукові записки НаУКМА. Сер. «Політичні науки»*: наук. фахове вид. Київ, 2007. Т. 69. С. 22–27.
191. Семигіна Т. В. Політика протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: роль міжнародної допомоги: за матеріалами дослідження глобальних ініціатив у сфері ВІЛ/ СНІДу в Україні. Київ: Агентство Україна, 2009. 144 с.
192. Семигіна Т. В. Політико-правові засади протидії соціально небезпечним хворобам. URL: https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00277560_0.html#text.
193. Семигіна Т. В. Проблема СНІД засобами масової інформації. *Соціальна політика і соціальна робота*: часоп. Київ, 2001. № 1. С. 53–57.
194. Семигіна Т. В. Традиційні моделі соціальної політики в умовах глобалізації. *Людина і політика*. 2004. № 1. С. 134–143.
195. Сенюта І. Міжнародно-правові стандарти у сфері охорони здоров'я. *Вісник Львівського ун-ту. Сер. «Юридична»*. Львів, 2004. Вип. 40. С. 24–36.
196. Серьогін С. М., Лола В. В., Хожило І. І. та ін. Формування позитивного іміджу органів влади через підвищення якості надання адміністративних та соціальних послуг: наук. розробка / за заг. ред. С. М. Серьогіна. Київ: НАДУ, 2009. 32 с.
197. Сінченко Д. Безсистемність. Про основні проблеми громадських ініціатив. URL: <https://sin4enko.jimdo.com/2014/11/19/безсистемність-про-основні-проблеми-громадських-ініціатив/>.
198. Скала П. Юридичні підстави для впровадження замісної терапії в Україні та шляхи вдосконалення чинної нормативної бази. Київ, 2005. 41 с.

199. Скоропада Л. М. Розробка та апробація державних мінімальних стандартів якості соціальних послуг вдома. *Соціальна політика і соціальна робота*: часоп. Київ, 2007. Вип. 1(36). С. 32–40.
200. Скуратівський В. А., Трощинський В. П., Ситник П. К. та ін.; Реформування соціальної політики в Україні: проблеми та перспективи: навч.-наук. вид. / за заг. ред. В. А. Скуратівського, В. П. Трощинського. Київ-Львів: НАДУ, 2012. 368 с.
201. Скуратівський В. А., Шевченко М. Ф. Соціальні системи та соціологічні методи їх дослідження: навч. посіб. Київ: Вид-во УАДУ, 1998. 187 с.
202. Слабкий Г. О. Шляхи оптимізації системи охорони здоров'я України.: матеріали XI з'їзду Всеукр. Лікарського Товариства (ВУЛТ), (100 років Українському Лікарському Товариству) (Харків, 28–30 верес. 2011 р) Харків, 2011 337 с.
203. Сороко В. М. Концептуальний підхід до проблеми запровадження інституту надання державних послуг в практику діяльності державних службовців. Вісник державної служби України. Київ, 2004. № 3. С. 11–19.
204. Сороко В. М. Надання публічних послуг органами державної влади та оцінка їх якості: навч. посіб. Київ: НАДУ, 2008. 104 с.
205. Сороко В. М., Вишневський А. В., Рогожин О. Г. Діяльність публічної адміністрації з надання послуг українському суспільству: монографія / за наук. ред. Ю. А. Привалова. Київ: НАДУ, 2007. 180 с.
206. Соціальна робота: короткий енциклопедичний словник.: У 7 ч. / уклад.: В. П. Андрущенко, В. П. Бех, В. А. Башкірев та ін.; за ред. С. В. Толстоухової. Київ: ДЦССМ, 2002. Ч. 4. 536 с.
207. Стандарти соціальних послуг: зб. документів. Кн. 2 / за ред. Л. Л. Сідельнік. Київ: ЛДЛ, 2007. 232 с.
208. Стратегія інформаційного розвитку Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу: документ від 25 липня 2013 року. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/print/doc_tha_20140725_01.html.

209. Студеняк І. П., Ажнюк Ю. М., Чучка І. М. Основи стандартизації та сертифікації товарів і послуг: опорний конспект, Київ: Кондор, 2007. 152 с.
210. Сунгуров А. Модели взаимодействия органов государственной власти и структур гражданского общества: российский опыт URL: http://www.civisbook.ru/files/File/Sungurov_modeli.pdf.
211. Тараханич О., Радиш Я. Правові основи діяльності системи охорони здоров'я України. Вісник УАДУ. 2002. № 2. С. 191–199.
212. Терницька С. В. Соціально-педагогічні умови взаємодії державних і громадських організацій з профілактики ВІЛ/СНІДУ серед учнівської молоді: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Київ, 2009. 22 с.
213. Терницька С. В. Соціально-педагогічні умови взаємодії державних та громадських організацій з профілактики ВІЛ/СНІДУ серед учнівської молоді.: дис. ... канд. пед. наук. Київ, 2009. 231 с.
214. Терницька С. В. Соціально-педагогічні умови міжсекторної взаємодії у сфері профілактики ВІЛ-інфекції в молодіжному оточенні. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*: зб. наук. праць. Луганськ : Вид-во Держ. закл. "Луган. нац. ун-т ім. Тараса Шевченка" 2012. № 2. С. 34–42.
215. Тертичка В. В. Державна політика: аналіз та здійснення в Україні. Київ: Основи, 2002. 750 с.
216. Тимошук В. П. Адміністративна процедура та адміністративні послуги. Зарубіжний досвід і пропозиції для України / авт.-упоряд. В. П. Тимошук. Київ: Факт, 2003. 496 с.
217. Толопило А. Социально-правовая поддержка наркозависимых и ВИЧ-позитивных лиц: справ.-метод. пособ. Одесса, 2003. 264 с.
218. Трощинський В. П., Попок А. А. Державотворчий процес в Україні: 1991–2006: монографія. Київ: Наук. думка, 2007. 912 с.
219. Управління діяльністю соціальних служб: метод. посіб. / заг. ред. О. Іванова, Н. Гусак; ПРООН в Україні, Проект «Підтримка реформи соціального сектору в Україні». Київ: К.І.С., 2013. 178 с.

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

221. Уход, лечение и поддержка людей, которые живут с ВИЧ/СПИД: доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИД, ЮНЕЙДС (объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИД ЮНЕЙДС). Июль 2002. 237 с.

222. Факультативний протокол до Конвенції про права дитини щодо торгівлі дітьми, дитячої проституції і дитячої порнографії від 01.01.2000 р. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 29. Ст. 226.

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

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

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

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

227. Хожило І. І. Профілактика соціально-небезпечних хвороб як напрям соціальної політики держави: монографія. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2008. 254 с.

228. Хожило І. І. Стандарти ISO серії 9000 у сфері охорони здоров'я як чинник стабілізації епідемічних загроз. *Актуальні проблеми державного управління*: зб. наук. праць. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2006. Вип. 4(26). С. 109–116.

229. Хожило І. І. Характеристика сучасних тенденцій державного управління у сфері профілактики ВІЛ-СНІДу в Україні. *Актуальні проблеми*

державного управління: зб. наук. пр. Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ, 2008. Вип. 4(34). С. 16–25.

230. Хожило І. І., Сакальська О. П. Дослідження громадської думки державних службовців з проблем ВІЛ/СНІДу як інструмент державної політики профілактики соціально небезпечних хвороб. Соціологія управління: зб. наук. пр. ДонДУУ. Сер. «Спеціальні та галузеві соціології». Донецьк: ДонДУУ, 2008. Т. IX. № 4. С. 64–72.

231. Худоба О. В. Удосконалення механізмів формування та реалізації державної політики у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та наркоманії в Україні (на прикладі Львівської області): дис. ... канд. наук з держ. упр. Львів, 2008. 243 с.

232. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. № 435–IV. *Відомості Верховної Ради України*. 2003. № 40 44. Ст. 356.

233. Черниш О. І. Ринок послуг: механізми державного регулювання в трансформаційній економіці: монографія. Донецьк: ПРОМО, 2005. 410 с.

234. Черниш О. І. Теоретико-методологічні засади формування нових механізмів державного регулювання в сфері соціально значимих послуг: автореф. дис. ... д-ра наук з держ. упр. Донецьк, 2006. 43 с.

235. Четверта всесвітня конференція зі становища жінок (Пекін, Китай 4 15 вересня 1995 р.): фактологічна довідка. № 3. березень 1994 р. С. 1–4. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_507

236. Чміленко Г. М. Адміністративні послуги в Україні. *Юридичний вісник*: наук.-практ. фахов. журнал. Одеса, 2005. № 2. С. 86–93.

237. Что такое аутрич-работа? 13 статей о снижении вреда: бюл. Регион. информ. службы снижения вреда. Киев: Междунар. Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине, 2004. Вып. 1(1). С. 2–3.

238. Шапран О. Ю. Оцінювання результативності професійної діяльності державних службовців України у сфері надання соціальних послуг: дис. ... канд. наук з держ. упр. Київ, 2012. 245 с.

239. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України: монографія / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2015. 460 с.

240. Якимец В. Н., Никовская Л. И., Коновалова Л. Н. Теория и практика межсекторного социального партнерства в России: монографія. Москва: ГОУВПО Гос. ун-т управления, 2004. 208 с.

241. Якобчук А. В. Вирішення проблем ВІЛ/СНІДу на державному рівні з урахуванням міжнародного досвіду. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*: наук.-практ. журнал. Тернопіль, 2006. № 2. С. 75–81.

242. Якобчук А. В. Періодизація національної нормативно-правової бази з питань протидії ВІЛ/СНІДу. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*: наук.-практ. журнал. Тернопіль, 2013. № 1. С. 35–37.

243. Ярош Н. П. Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я України: монографія. Київ: НАДУ, 2006. 196 с.

244. Ярош Н. П. Державні стандарти безоплатної охорони здоров'я: світовий досвід для України. Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. ОРІДУ. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2007. № 3(31). С. 120–126.

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

246. «Three Ones» key principles. Coordination of National Responses to HIV/AIDS. Guiding principles for national authorities and their partners / UNAIDS. URL: http://data.unaids.org/UNA-docs/Three-Ones_KeyPrinciples_en.pdf.

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

248. Act of 18 January 1996 concerning the quality of care institutions (Care Institutions Quality Act) // Bulletin of Acts and Decrees of the Kingdom of the Netherlands 1996. (Section 2).

249. Best Practice, Best Care: the Quality Standards for Health and Social Care. Consultation paper. Department of Social Services and Public Safety, Northern Ireland. April 2005. 43 p. **URL:** http://www.dhsspsni.gov.uk/publications/2005/quality_standards/quality-standards.doc.

250. Сміянов В. А., Степаненко А. В., Петренко В. Ю, Тарасенко С. В. Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*: наук.-практ. журнал. Тернопіль, 2013. № 3(57). С. 11–18.

251. Domiciliary Care: National Minimum Standards. Regulations (Published by the Secretary of State for Health in accordance with section 23 of the Care Standards Act 2000 (CSA) / Department of Health, London. 2003. 72 p **URL:** <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/01/86/71/04018671.pdf>.

252. Esping-Andersen G. The three worlds of welfare capitalism Princenton (N. J.): Princeton Univ. Press, 1994. 248 p.

253. Heidemann E. G. The contemporary use of standards in Health Care. – World Health Organization., Division of Health Services District Heath Systems. 1993. **URL:** http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_SHS_DHS_93.2.pdf.

254. June Rowe. Analysis of Five State's Licensing. *Certification Processes and Requirements*. Human Services Research Institute. October 17, 2002. 15 p.

255. Long-Term care Laws in Five Developed Countries. A Review. World health Organization, 2000. 99 p.

256. Maluta R., Newell M., Ostergen M. et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection: Ukraine experience to date. *The Ruropien Journal of Public Health Advance Access published*. 2006. № 13. P. 1–5.

257. NASW Standards for Social Work Practice in Palliative and End o Life Care. National Association of Social Workers, USA. 2005. URL: <http://www.socialworkers.org/practice/bereavement/standards/standards0504New.pdf>.

258. Peter Piot. AIDS: from crisis management to sustained strategic response. *Lancet*, 2006; 368: P. 526-30.

259. Prisons and AIDS:UNAIDS Point of View (UNAIDS Best Practice Collection: Point of View). Geneva: UNAIDS. April 1997.

260. Quality management and PQM (Psychiatry Quality Managment): Extended abstracts from a Lundbeck Institute Symposium held during the XI World Congress of Psychiatry. Humburg, 9 August 1999.

261. Quality of Care: Documentation. The periodical of the Ministry of Health, Welfare and Sport, the Netherlands. February 1997. Vol. 2.

262. Recommended standards for NHS HIV services. Medical Foundation for AIDS & Sexual Health. Endorsed by Department of Health, British Association, National Association of NHS Providers of AIDS Care and Treatment. September 2003. URL: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/62/71/04106271.pdf>.

263. Review of State Quality Assurance Programs for Home Care: Executive Summary / Macro Systems, Inc., U.S. Department of Health and Human Services. April 1989. URL: <https://aspe.hhs.gov/execsum/review-state-quality-assurance-programs-home-care-final-report>

264. Sev S. Fluss, Dineke Zeegers. AIDS, HIV, and Health Care Workers: Some International Legislative. *Legislative Perspectives*. 1989. Vol. 48. REV. 77. 17 p.
URL:<http://digitalcommons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2796&context=mlr>.

265. Standards for quality HIV Care: a tool for quality assessment, improvement, and accreditation. Report of a WHO Coalition Meeting on the Accreditation of Health Service Facilities for HIV Care. 10 11 May 2004. Geneva, Switzerland. URL: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241592559.pdf>.

266. Standards of ethical practice for professional social workers in Saskatchewan. Saskatchewan Association of Social workers. URL: [http://www.sasw.ca/policies/63203\[1\]StandardsforEthicBook.pdf](http://www.sasw.ca/policies/63203[1]StandardsforEthicBook.pdf).

267. Thorne C., Newell M., Zhylyka N. Prevention of HIV infection in infants. Documenting and learning and the Ukraine experience. Kyiv, 2007. 100 p.

268. TREAT Asia (2006). MSM and HIV/AIDS Risk in Asia: What Is Fueling the Epidemic among MSM and How Can It Be Stopped? Bangkok, Thailand, New York, NY: TREAT, amfAR.

269. Walt G., Gilson L. Reforming the health sector in developing countries II Health Policy and Planning. 1994. № 9(4). P. 353–370.

270. Wasson-Simon A. Gay Communities in Europe Face Up to HIV! 2007. URL: http://msmandhiv.org/documents/NA_Home_faceup.pdf.

271. Wright M. Homosexuality and HIV/AIDS Prevention: The Challenge of Transferring Lessons Learned from Western Europe to Central and Eastern European Countries. Health Promotion International. 2005. № 20(1). P. 91–98. URL: 10.1093/heapro/dah511.

ДОДАТКИ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
Національної медичної академії
післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика



професор

Н. О. Савичук

2016 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: результатів дисертаційного дослідження Лучинської О. В. «Взаємодія з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширення ВІЛ-інфекції / СНІДу в Україні».
2. Установа, що пропонує впровадження: Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.
3. Джерело інформації: методичні розробки «Інституційне забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширення ВІЛ-інфекції / СНІДу в Україні».
4. Впроваджено на циклах тематичного удосконалення: «Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
5. Термін впровадження: з 28.11.16 по 02.12. 16 року.
6. Загальна кількість спостережень: 30.
7. Пропозиції: основні положення методичних розробок можуть бути інституціалізовані з метою забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширення ВІЛ-інфекції / СНІДу. Досвід залучення громадських організацій до надання послуг населенню щодо профілактики ВІЛ-інфекції, управління сферою протидії поширення ВІЛ-інфекції / СНІДу в Україні.
8. Відповідальний за впровадження:

завуч кафедри вірусології
к.мед.н. доцент

О. В. Кукало



УКРАЇНА

ДНІПРОВСЬКА РАЙОННА В МІСТІ КИЄВІ

ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

бульвар Праці, 1/1, м. Київ, 02094, тел. (044) 559-10-73, тел./факс 559-58-33
 E-mail: genoff2@dnipr.gov.ua, www.dnipr.kievcity.gov.ua, код ЄДРПОУ 37203257

02.06.2016 № 8/90-к

На № _____ від _____

Національна академія державного
 управління при Президентіві України

ДОВІДКА

Про впровадження дисертаційного дослідження аспірантки кафедри соціальної і гуманітарної політики Національної академії державного управління при Президентіві України Лучинської Ольги Віталіївни на тему «Взаємодія з громадськістю в системі державного управління в сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні» на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління.

Ця довідка засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Лучинської О.В. щодо поглиблення взаємодії державних органів та громадськості в сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу були використані у роботі управління охорони здоров'я та відділу у справах сім'ї, молоді і спорту у таких напрямках, як удосконалення роботи з громадськістю, навчання персоналу управління та формуванні програми втілення основних напрямів попередження і контролю над інфекційними хворобами, такими як ВІЛ/СНІД і туберкульоз, шляхом обміну інформацією та найкращими практиками, а також під час планування та проведення районних заходів з пропагування здорового способу життя.

Заступник голови Дніпровської районної
 в місті Києві державної адміністрації



А.В.Загородня



ВЕРХОВНА РАДА УКРАЇНИ

Комітет з питань охорони здоров'я

01008, м. Київ-8, вул. М. Грушевського, 5, тел.: 255-95-16, тел./факс: 255-95-33

№ 04-25/14-563(137843)

"13" червня 2017 р.

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії)
за спеціальністю 25.00.02 – механізми державного управління
Лучинської Ольги Віталіївни «Взаємодія з громадськістю в системі
державного управління в сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні»

Результати дисертаційного дослідження аспірантки кафедри соціальної і гуманітарної політики Національної академії державного управління при Президентові України Лучинської Ольги Віталіївни, використовувалися Комітетом Верховної Ради України з питань охорони здоров'я при забезпеченні аналізу практики застосування Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12.12.1991 № 1972-XII та інших законів у цій сфері, а також при напрацюванні пропозицій щодо удосконалення законодавства у сфері громадського здоров'я.

Зокрема, висновки, сформовані Лучинською О.В. щодо необхідності широкого використання у державному управлінні такого ефективного державно-управлінського інструменту, як діалогу та співробітництва інститутів державного і недержавного секторів у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні, удосконалена модель державно-громадської взаємодії у цій сфері, а також обґрунтована необхідність удосконалення комплексного механізму державного управління у взаємодії з громадськістю з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні були використані при підготовці інформаційно-аналітичних матеріалів та резолюції «круглого столу», що проводився Комітетом 22 квітня 2016 року на тему: «Розвиток системи громадського здоров'я в Україні».

Голова Комітету

О.В.Богомолець

1247000

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації:

1. Лучинська О. В. Нормативно-правове забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширення ВІЛ/СНІДу в Україні. *Держава та регіони. Серія: Державне управління: наук. фахове вид.* Запоріжжя, 2016. № 2(54). С. 63–68.

7. Лучинська О. В. Суб'єкти державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. *East European Scientific Journal: наук.-практ. журн.* Warsaw (Poland), 2016. № 6(10). С. 53–57.

8. Лучинська О. В. Інституційне забезпечення державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. *Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. ОРІДУ.* Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. Вип. 2(66). С. 74–78.

9. Лучинська О. В. Інформаційний механізм державно-громадської співпраці у сфері протидії поширенню ВІЛ/СНІДу в Україні. *Ефективність державного управління: зб. наук. пр.* Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2016. С. 214–223.

10. Лучинська О. В. Шляхи удосконалення державно-громадської взаємодії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні. *Інвестиції: практика та досвід: наук.-практ. журн.* Київ, 2017. № 17. С. 124–131.

11. Лучинська О. В. Удосконалення механізмів державно-громадської взаємодії в сфері протидії ВІЛ/СНІДу. *Державне управління: удосконалення та розвиток: електрон. наук. фахове вид.* Київ, 2017. Вип. 9. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1125>.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

7. Лучинська О. В. Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ інфекцію в Україні. *Реабілітація та паліативна медицина: наук.-практ. журн.* Київ, 2016. № 1(3). С. 97–98.

8. 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. аспірантів та докторантів із держ. упр. (27 трав. 2016 р., Одеса). Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2016. С. 112–116.

9. Лучинська О. В. Інформаційне забезпечення взаємодії з громадськістю в системі державного управління сферою протидії поширення ВІЛ/СНІДу. *Взаємозв'язок політики і управління: теоретичний і прикладний аспект*: матеріали круглого столу / за заг. ред. С. О. Шевченка. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2016. С. 83–85.

10. Лучинська О. В. Соціальний захист та соціальна безпека людини і суспільства в сфері ВІЛ/СНІДу. *Проблеми управління соціальним і гуманітарним розвитком. Державне управління освітою: виклики часу*: матеріали IX регіон. наук.-практ. конф. за міжнар. участю та круглого столу / за заг. ред. С. О. Шевченка. Дніпро: ДРІДУ НАДУ, 2015. С. 196–199.

11. 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 щоріч. наук.-практ. конф. за міжнар. участю. (5–6 лис. 2015 р., Київ). Київ: НАДУ, 2015. С. 173–175.

Додаток В

Таблиця 2.1.

**Загальна кількість хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які отримують
АРТ, станом на 01.07.2017 року***

Регіон/ Організація	Заклади охорони здоров'я МОЗ та НАМН України				ДКВС України		Разом (МОЗ, НАМН та ДКВС України)
	Держ. бюджет	ГФ	РЕPFAR	Всього	ГФ	Всього	
Україна	40979	22839	16694	80512	2348	82348	82860
Вінницька	953	526	189	1668	64	64	1732
Волинська	653	294	199	1146	32	32	1178
Дніпропетровс ька	5102	4587	4198	13887	400	400	14287
Донецька	3975	1444	1491	6910	133	133	7043
Житомирська	887	564	387	1838	100	100	1938
Закарпатська	200	41	62	303	0	0	303
Запорізька	1416	791	390	2597	98	98	2695
Івано- Франківська	566	121	58	745	10	10	755
Київська	1546	1259	1215	4020	206	206	4226
Кіровоградська	700	410	443	1553	56	56	1609
Луганська	1074	324	80	1478	17	17	1495
Львівська	706	714	292	1712	119	119	1831
Миколаївська	3928	1129	429	5486	197	197	5683
Одеська	5766	2950	2219	10935	153	153	11088

Полтавська	1156	647	402	2205	118	118	2323
Рівненська	421	305	289	1015	56	56	1071
Сумська	420	238	118	776	40	40	816
Тернопільська	611	100	49	760	38	38	798
Харківська	1099	987	215	2301	156	156	2457
Херсонська	1231	869	404	2504	143	143	2647
Хмельницька	513	394	201	1108	41	41	1149
Черкаська	863	652	459	1974	104	104	2078
Чернівецька	319	111	52	482	0	0	482
Чернігівська	1129	662	449	2240	67	67	2307
М.Київ	3593	1910	2190	7693			7693
НДСЛ «ОХМАТДИТ»	187	10	12	209			209
ДУ «ІЕІХ НАМН України»	1969	800	202	2967			2967

**без урахування даних частини території проведення антитерористичної операції*

Додаток Г

Підсумкова територіальна рейтингова оцінка

за показниками інтенсивністю епідемічного процесу у 2015 році

I група регіонів

Регіони	SR ₁	SR ₂	SR ₃	SR ₄	SR ₅	SR ₆	SR ₇	SR ₈	SR ₁₋₈	Підсумковий ранг 2015 р.
Дніпропетровська	6	7	6	4	2	2	2	8	37	4
Київська	6	7	7	3	4	1	4	5	37	3
Кіровоградська	6	3	4	1	5	5	5	7	36	2
Миколаївська	3	7	4	2	3	3	1	4	27	1
Одеська	8	6	9	5	1	4	3	6	42	5

II група регіонів

Регіони	SR ₁	SR ₂	SR ₃	SR ₄	SR ₅	SR ₆	SR ₇	SR ₈	SR ₁₋₈	Підсумковий ранг 2015 р.
Волинська	4	8	9	1	3	1	5	8	39	2
Житомирська	12	9	10	4	5	1	7	13	61	6
Запорізька	9	12	10	3	4	7	3	16	64	8
Полтавська	6	2	6	5	8	4	8	7	46	3
Херсонська	8	11	15	6	1	3	4	9	57	4
Черкаська	12	8	4	2	2	2	2	4	36	1
Чернігівська	13	6	10	8	7	6	1	11	62	7
м. Київ	8	16	8	7	6	5	6	4	60	5

III група регіонів

Регіони	SR ₁	SR ₂	SR ₃	SR ₄	SR ₅	SR ₆	SR ₇	SR ₈	SR ₁₋₈	Підсумковий ранг 2015 р.
Вінницька	8	14	18	9	7	3	6	10	75	8
Закарпатська	7	4	6	4	3	2	7	9	42	2
Івано- Франківська	14	6	5	2	10	2	8	11	58	5
Львівська	16	12	9	6	9	2	3	16	73	6
Сумська	19	19	18	10	8	3	2	14	93	10
Рівненська	17	16	13	8	5	5	1	14	79	9
Тернопільська	7	2	10	3	2	1	10	9	44	3
Харківська	10	19	18	7	4	1	4	11	74	7
Хмельницька	5	9	9	5	6	1	9	13	57	4
Чернівецька	7	9	4	1	1	4	5	3	34	1

Перші рангові місця присвоюються територіям з найменшим значенням підсумкового рангу. Для визначення підсумкового рангу при однакових значеннях загального підсумка враховувалися рівень та темп приросту комплексного показника – смертність від СНІДу.

Історія формування органів управління та дорадчих структур з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Рік утворе ння орг. упр. Украї ни	Назва органу управління	Правовий статус	Галузевий підпорядкова ний указ / постанова	Керівне відомство або галузеве підпорядку вання
1992	Національний комітет боротьби із захворюванням на СНІД	Спеціальний орган державної виконавчої влади	Указ Президента України від 27.05.1992 № 313	Президент України
1996	Національний комітет з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД	Центральний орган виконавчої влади	Указ Президента України від 10.12.1996 № 1184/96	КМУ
1997	Комітет з профілактики наркоманії та захворювання на СНІД	Урядовий орган державного управління	Указ Президента України від 14.11.1997 № 1275/97	МОЗУ
1999	Національна координаційна рада з питань запобігання захворюванню на СНІД	Постійно діючий орган при Кабінеті Міністрів України	постанова КМУ від 13.08.1999 № 1492	КМУ
2001	Урядова комісія з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу		постанова КМУ від 07.02.2001 № 116	КМУ
	Урядова комісія з питань боротьби з ВІЛ/СНІДом	Положенням не визначено	постанова КМУ від 26.10.2001 № 1401	
2004	Тимчасова спеціальна комісія Верховної Ради України з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії	Тимчасова спеціальна комісія	Постанова ВРУ від 01.07.2004 № 1943-IV	ВРУ
2005	Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу	Робочий орган, утворений при Кабінеті Міністрів України	постанова КМУ від 16.05.2005 № 352	КМУ

2006	Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам	Урядовий орган державного управління	постанова КМУ від 31.05.2006 р. № 759	МОЗУ
2007 – діє досі	Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу	Постійно діючий консультативно-дорадчий орган	постанова КМУ від 11.07.2007 № 926	КМУ
2008	Координаційна рада з проблем ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та наркоманії	Постійно діючий консультативно-дорадчий орган	Указ Президента України від 17.03.2008 № 220/2008	Президент України
2010	Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням	Центральний орган виконавчої влади	Указ Президента України від 9 грудня 2010 року №1085/2010	КМУ через МОЗУ
2011	Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (Держслужба України соцзахворювань)	Центральним органом виконавчої влади	Указ Президента України від 8 квітня 2011 року № 441/2011	КМУ через Віце-прем'єр-міністра України - Міністра ОЗУ
2012	Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (Держслужба України соцзахворювань)	Центральним органом виконавчої влади	Указ Президента України від 14 лютого 2012 року № 85/2012	КМУ через Віце-прем'єр-міністра України та Міністра ОЗУ: • Державна санітарно-епідеміологічна служба України • Державна служба України з лікарських засобів • Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань

2015	Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками (Держліксслужба)	центральним органом виконавчої влади	постановою КМУ від 12 серпня 2015 р. № 647	КМУ через Віце-прем'єра України - Міністра ОЗУ
------	--	--------------------------------------	--	--