

*О. М. Балакірева,
канд. соціол. наук*

*Olga M. Balakireva,
Ph.D. in Sociology*

СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІД В УКРАЇНІ

Abstract. The article describes the potential short- and medium-term socioeconomic impact of the rapidly growing HIV/AIDS epidemic in Ukraine and provides evidence for policy making. The prognoses of the epidemic development (2004-2014) inform policy-makers about the potential costs of the epidemic and the multitude of channels through which it affects the national economy: increased morbidity and mortality, reduction in labour supply and efficiency of labour, loss of investment in human capital and diminished returns to such investment, increased direct government spending and the loss of tax revenues, decrease in public and private savings and investment, and further macroeconomic impacts.

З того часу, коли було зареєстровано перший випадок хвороби, епідемія ВІЛ/СНІДу стала одним з найнебезпечніших чинників, які негативно впливають на розвиток особистості та суспільства. Епідемія охопила майже всі країни, а її наслідки виявилися значно тяжчими, ніж можна було передбачити. Ситуація в різних країнах свідчить, що це захворювання знижує середню тривалість життя, збільшує попит на медичні послуги, загострює проблеми бідності та соціальної нерівності. Взаємозв'язок між політикою економічного розвитку та поширенням ВІЛ-інфекції досить складний. З одного боку, епідемія ВІЛ/СНІД впливає на економічний розвиток суспільства, з іншого – значною мірою залежить від нього.

Для України, як і для інших країн, проблема СНІД не є суто медичною. Наслідки, які спричинює ВІЛ/СНІД, можна розподілити на демографічні (підвищення показників смертності, збільшення кількості сиріт на тлі падіння народжуваності і темпів зростання населення) та соціально-економічні, які проявляються на індивідуальному рівні, рівні домогосподарств, підприємств та макроекономічному рівні.

Дані Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України показують, що зростає кількість виявлених та зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування, захворювання на СНІД, кількість смертей від СНІДу. Аналіз офіційних матеріалів щодо поширення ВІЛ-інфекції свідчить про те, що епідемія триває з тенденцією до подальшого зростання в усіх регіонах України. Найбільш уражені східні та південні регіони: Миколаївська (захворюваність у 2005 р. на 100 тис. населення – 65,3), Донецька (64,3) Дніпропетровська (58,9), Одеська (56,1) області, м. Севастополь (47,3) та АР Крим (45,0). З кожним роком значно погіршується ситуація в Центрі України – Житомирській, Запорізькій, Луганській, Полтавській, Херсонській, Хмельницькій та Черкаській областях [1, 13].

Основними шляхами інфікування ВІЛ в Україні є вживання ін'єкційних наркотиків та статевий. (Для України характерним є гетеросексуальний шлях передачі, а гомосексуальний представлений окремими випадками.) Але частка кожного з них у загальній структурі змінюється з часом. Спостерігається усталена тенденція зменшення питомої ваги інфікування внаслідок ін'єкційного вживання наркотиків з 83,6% (1997 р.) до 45,5% (2005 р.) від загальної кількості випадків. У той же час серед ВІЛ-інфікованих спостерігається зростання питомої ваги осіб, зараження яких відбулося статевим (переважно, гетеросексуальним) шляхом, особливо в таких регіонах, як Донецька, Дніпропетровська, Одеська області, АР Крим. Кількість інфікувань гетеросексуальним шляхом зростає з 11,3% (1997 р.) до 33,3% (2005 р.) [1, 19].

Таблиця 1

Шляхи інфікування ВІЛ осіб з уперше в житті встановленим діагнозом “ВІЛ-інфекція” серед громадян України

(за даними Українського центру профілактики і боротьби з ВІЛ/СНІД МОЗ України*)

Назва шляху інфікування	1995 р.	2000 р.	2005 р.
ВІЛ-інфіковані, всього осіб	1 490	6 212	13 770
у тому числі інфіковані:			
• статевим шляхом	317	1 431	4 606
з них:			
<i>гомосексуальним</i>	5	4	20
<i>гетеросексуальним</i>	312	1 427	4 586
• парентеральним шляхом	1 021	3 881	6 282
з них унаслідок:			
<i>уведення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом</i>	1 021	3 881	6 270
<i>переливання препаратів або компонентів крові</i>	0	0	4
<i>трансплантації донорських органів, клітин тканин, біологічних рідин</i>	0	0	0
<i>інших медичних маніпуляцій</i>	0	0	3
<i>професійного інфікування</i>	0	0	1
<i>інших не медичних втручань</i>	0	0	4
• від ВІЛ-інфікованої матері до дитини	9	727	2 498
• шлях інфікування не визначено	143	173	384

* Див. [1, 19].

Отже, за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД, за період з 1987 по 2005 р. в Україні спостерігалась динамічна зміна шляхів передачі інфекції: впродовж 1987–1994 рр. – переважав статевий шлях (гетеросексуальні контакти); у 1995–1998 рр. – переважав парентеральний шлях через спільне використання шприців у середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків; упро-

довж 1999–2005 рр. — зросла частка статевого шляху (гетеросексуальний), а також кількість інфікованих жінок та дітей, які народилися з ВІЛ. Останній період характеризується також збільшенням питомої ваги жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих. В Україні водночас розвиваються три епідемічні хвилі: вибухоподібна — серед споживачів ін’єкційних наркотиків, повільна, але масова — через гетеросексуальні стосунки і третя, як наслідок двох перших, — серед новонароджених. Найбільша кількість ВІЛ-інфікованих належить до вікової групи 20–39 років, постійно також зростає частка підлітків та молоді 15–19 років. Таким чином, фахівці-епідеміологи стурбовано говорять про те, що Україна знаходиться в біфуркаційній точці — або епідемія залишатиметься в „концентрованій” стадії, або перейде до „генералізованої”, що суттєво збільшить навантаження на протидію епідемічним процесам та наслідкам на рівні більшості суспільних інститутів, вимагатиме зростання витрат з бюджетів різного рівня: від державного до індивідуального.

Політика щодо виявлення та реєстрації ВІЛ-інфікованих до 2004 р. носила „пасивний” характер (виявлення не стимулювалося), що було зумовлено відсутністю можливостей лікування, тобто визначалося ресурсами держави. З 2004 р. поступове впровадження АРВ-терапії змінює політику щодо виявлення ВІЛ-інфікованих осіб, що вже зумовлює (і ця тенденція посилюватиметься в майбутньому за умов реальної доступності до лікування) збільшення кількості офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфікування. Наданий Україні грант Глобального фонду з боротьби з ВІЛ/СНІД передбачає широке впровадження АРВ-терапії. До кінця 2008 р. передбачається, що антиретровірусну терапію надаватимуть усі 27 регіонів України. Активному впровадженню АРТ в ряді обласних центрів СНІДу перешкоджає їх низька спроможність — відсутність лабораторій, обмеженість приміщень та кадрів.

Одним з основних напрямів у забезпеченні антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ/СНІД є утримання пацієнтів у режимі АРТ. Для формування прихильності до АРТ, соціальної підтримки і допомоги хворим задіяні неурядові організації та мережа ЛЖВС — людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, проте результативність роботи їх ще не достатня. З метою залучення до АРТ споживачів ін’єкційних наркотиків, які становлять на сьогодні більшу частину хворих на СНІД, в окремих областях розпочалося впровадження програм підтримуючої замісної терапії з використанням бупренорфіну. В даному контексті йдеться про замісну терапію як інструмент забезпечення доступності АРТ для наркоспоживачів, який сформує у СІН прихильність до антиретровірусної терапії, стабільно утримуватиме їх у програмі АРВ-терапії. Застосування метадону — дешевого і рекомендованого ВООЗ препарату, який широко використовується в замісній терапії в багатьох країнах, поки що не знайшло розуміння в українському суспільстві. Хоча економічна доцільність цього досить прозора: оціночна вартість місячної дози препарату бупринорфіну на одного пацієнта в Україні становлять сьогодні від 170 до 340 доларів США, а вартість річної дози метадону на одного пацієнта, наприклад у Словаччині, дорівнює 70–100 доларів США.

Планування розвитку програм лікування пацієнтів зі СНІД потребує економічного обґрунтування, а отже — вироблення консенсусних оцінок щодо кількості пацієнтів, які зараз потребують АРВ-терапії та потребуватимуть лікування у най-

ближчі 3–5 років. Для таких розрахунків спочатку виникає необхідність оцінки чисельності груп високого ризику (в умовах концентрованої стадії епідемії).

Перша спроба оцінити кількість споживачів ін'єкційних наркотиків на національному рівні була зроблена Центром „Соціальний моніторинг” за підтримки Дитячого фонду Організації Об'єднаних Націй (ЮНІСЕФ), Програми ООНСНІД (ЮНЕЙДС) в Україні та за активної участі представників регіональних проєктів у 20 містах країни у 2002 р. (автор є керівником зазначеного дослідження). Методологія проведення дослідження базувалася на стратегії поєднання кількісних та якісних методик отримання інформації, паралельному використанні різних джерел інформації, триангуляції та верифікації результатів у ході дослідження. Застосовані методи та технології (інтерв'ювання споживачів ін'єкційних наркотиків; інтерв'ювання експертів з числа представників соціального оточення споживачів ін'єкційних наркотиків; аналіз статистичних даних щодо кількості споживачів ін'єкційних наркотиків; вторинний аналіз попередніх поведінкових досліджень; аналіз кількості СН, охоплених профілактичними програмами зменшення шкоди; “повторне охоплення” (англ.: „capture-recapture”); підрахунок загальної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків методом коефіцієнтів) дозволили здійснити оціночні розрахунки кількості СН у 20 містах та екстраполяцію даних на міське населення країни. Кількість СН була оцінена на рівні не менш 560 тис. осіб [2]. Щодо жінок комерційного сексу (ЖКС), то у 2000 р. в 11 містах НУО були здійснені оцінки їх кількості (від 130–150 у Херсоні до 1,5–2 тис. у Донецьку). У 2001 р. були представлені оціночні дані щодо кількості ЖКС у містах чисельністю населення понад 200 тис. на рівні 17,5 тис. осіб [3]. Крім того, існувала оцінка експертів про кількість ЖКС на рівні не менш як 180 тис. Той факт, що сексуальні послуги є незаконним видом діяльності (ст. 303 ККУ), а споживачі ін'єкційних наркотиків перебувають у „тіні”, уникаючи реєстрації, значно ускладнює підрахунок кількості людей цих груп ризику, що, у свою чергу, ускладнює планування та впровадження ефективних заходів з метою обмеження процесу поширення ВІЛ. Про кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), в Україні на сьогодні інформація взагалі відсутня. Як правило, експерти використовують загальноприйняті світові оцінки чисельності групи ЧСЧ на рівні 1–3% від населення чоловічої статі репродуктивного віку.

Ці дані та матеріали офіційної статистики були використані як базовий орієнтир при плануванні початку дій з оновлення наявних оцінок та розрахунків чисельності груп ризику в Україні. Дуже важливо, що з другої половини 1990-х рр. в Україні проводяться поведінкові дослідження серед груп ризику (з 1996 р. серед жінок комерційного сексу, з 1999 р. серед споживачів ін'єкційних наркотиків), серед дорослого населення України та молоді (з 1998 р.). Матеріали досліджень дозволяють відстежувати тенденцію змін у поведінці осіб, які належать до груп ризику, дають змогу отримати певну інформацію щодо поведінкових орієнтацій молоді та дорослого населення, а також були використані для розрахунків мультиплікативних коефіцієнтів оцінки загальної чисельності цільових груп дослідження.

Цими методами була розрахована чисельність жінок комерційного сексу, споживачів ін'єкційних наркотиків (СН) та чоловіків, що мають секс з чоловіками. Оцінки та розрахунки здійснені на рівні окремих областей та на рівні країни в

цілому. Нижче надані загальні оціночні дані щодо кількості груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування (СІН, ЖКС та ЧСЧ) по Україні, що були отримані в ході зазначеного дослідження. Саме ці дані рекомендується використовувати під час опису ситуації в Україні, що стосується чисельності вразливих груп населення щодо ВІЛ-інфекції. Поновлені оцінки чисельності груп високого ризику щодо ВІЛ-інфікування були здійсненні впродовж 2005 р. групою національних фахівців за технічної підтримки ЮНЕЙДС та МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД”. Отримані результати обговорені на національному семінарі за участю широкого кола фахівців, що працюють у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні. За результатами обговорення були прийняті консенсусні оцінки щодо чисельності груп СІН, ЖКС та ЧСЧ на національному рівні.

Позитивом є те, що навіть за умов відсутності затверджених на рівні держави методик оціночних розрахунків та за підтримки міжнародних організацій (українських офісів Бюро ВООЗ та ЮНЕЙДС у тісному партнерстві з іншими організаціями, які підтримують та впроваджують в Україні програми профілактики ВІЛ/СНІД, – Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД, Світовий банк, Всеукраїнська мережа ЛЖВС) на рівні країни станом на кінець 2005 р. було здійснено узгоджені оцінки щодо чисельності груп високого ризику, поширеності ВІЛ та кількості людей, що потребують АРТ (див. табл. 2, 3).

Таблиця 2

Резюме погоджених оцінок щодо розміру груп населення, які впливають на оціночні розрахунки чисельності людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та оцінки кількості людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, на кінець 2005 р.*

Назва груп населення	Оцінка чисельності груп населення (осіб)		Оцінка поширеності ВІЛ (%)		Середня кількість дорослих, які живуть з ВІЛ/СНІДом
	Низька	Висока	Низька	Висока	
Групи підвищеного ризику (дорослі віком 15–49 років)					
Споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН)	325 000	425 000	11	66	144 183
Чоловіки, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ)	177 000	430 000	3	15	27 315
Жінки комерційного сексу (ЖКС)	110 000	250 000	8	31	35 100
Чоловіки-клієнти жінок комерційного сексу	330 000	750 000	2	5	18 900
Всього	942 000	1 855 000			225 690
Партнери представників груп підвищеного ризику (дорослі віком 15–49 років)					
Партнери СІН	422 500	552 500	8	31	95 063
Жінки-партнерки ЧСЧ	177 000	430 000	1	3	6 070
Партнерки клієнтів ЖКС	825 000	1 875 000	0,6	2	17 550
Всього	1 424 500	2 857 500			118 683

* Використано матеріали інформ. бюлетеня „ВІЛ-інфекція в Україні” [1, 9].

Підсумкові показники узгодженої оцінки ситуації з ВІЛ/СНІДом в Україні станом на кінець 2005 року*

Оціночна кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом (дорослі віком 15–49 років)	
Загальна кількість	344 373
Чоловіки, що живуть з ВІЛ	178 262
Жінки, що живуть з ВІЛ	166 111
Поширеність ВІЛ-інфекції (дорослі віком від 15 до 49 років)	1,46%
Відсоток людей, що живуть з ВІЛ, які є СІН	41,9%
Відсоток жінок серед людей, що живуть з ВІЛ	48,2%
Оціночна кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом (усі вікові групи)	
Загальна кількість	377 600
Чоловіки, що живуть з ВІЛ (усі вікові категорії)	205 660
Жінки, що живуть з ВІЛ (усі вікові категорії)	171 940
В т.ч. дітей, що живуть з ВІЛ (обидві статі, віком від 0 до 14 років)	2 850

* Використано матеріали інформ. бюлетеня „ВІЛ-інфекція в Україні” [1, 9–10].

Розрахунки було здійснено на підставі наявних даних різноманітних досліджень серед груп ризику, результатів дозорного епіднадзора серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), жінок, що залучені до комерційних сексуальних послуг (ЖКС), та чоловіків, що мають секс з чоловіками (ЧСЧ) за допомогою спеціального програмного забезпечення (пакети „Workbook” та „Spectrum”). Такі оціночні розрахунки кількості людей, що живуть з ВІЛ, та тих, хто потребує АРВ-терапії, за станом на поточний час та в найближчі роки, можливо здійснювати як на рівні країни, так і на рівні окремих регіонів за умов наявності необхідної інформації: (1) кількісного виміру груп високого ризику ВІЛ-інфікування (СІН, ЖКС та ЧСЧ); (2) оціночної кількості сексуальних партнерів для кожної зазначеної групи; (3) рівня поширеності ВІЛ-інфікування серед зазначених груп.

Отримані дані щодо чисельності груп ризику (СІН, ЖКС, ЧСЧ) надалі можна використовувати для оцінки рівня охоплення цільових груп профілактичними інтервенціями; для обґрунтувань та визначення кількісних показників розвитку профілактичних програм; для розрахунків бюджетів для забезпечення запланованого рівня охоплення цільових груп та придбання необхідної кількості засобів запобігання інфікуванню на ВІЛ, виготовлення необхідної кількості інформаційно-освітніх матеріалів; розрахунків витрат на придбання тест-систем та витрат, пов'язаних з лікуванням та доглядом хворих на СНІД, соціальним супроводом ВІЛ-інфікованих та членів їх сімей; для планування розвитку мережі НУО та інших ВІЛ-сервісних структур; для прогнозування поширення епідемії ВІЛ/СНІД.

За станом на 2001 р., розрахункова кількість ВІЛ-інфікованих оцінювалася міжнародними та національними експертами на рівні 1% дорослого населення (віком 15–49 років), а прогноз на 2005 р. (за кращим сценарієм) вона сягла 1,47% [4], що практично збігається з узгодженими оцінками (див. табл. 2). Оновлені прогнозні оцінки, здійснені в межах дослідження Світового банку на-

прикінці 2004 – початку 2005 рр., наголошують, що за оптимістичним сценарієм, кількість ВІЛ-інфікованих у 2014 р. становитиме майже півмільйона осіб. (478,5 тис., або 1,9% населення віком 15–49 років), кількість нових випадків СНІД сягатиме 37 тис., смертей від СНІД – 35 тис. Така ситуація вимагатиме збільшення витрат у зв'язку з епідемією, зокрема на лікування ВІЛ-позитивних та хворих на СНІД, зростуть потреби щодо кількості лікарняних ліжок, зросте відвідування медичних закладів тощо. Чисельність населення становитиме 43,9 млн. осіб (без впливу епідемії – 44,2 млн. осіб). За песимістичним сценарієм кількість ВІЛ-інфікованих сягне 820 тис. осіб (3,5%) віком 15–49 років, нових випадків СНІД буде майже удвічі більше, ніж за кращим сценарієм (67 тис.), від хвороби за рік загинуть 65 тис. осіб. Загальна чисельність населення скоротиться до 43,7 млн. осіб [5, 10–15].

Прогнозовані сценарії епідемії залежать від рівня поширеності ВІЛ (який, у свою чергу, визначається: розміром популяції СН, рівнем поширеності ВІЛ серед СН, поширення ризикованих поведінкових практик серед СН; розміром групи працівників комерційного сексу (ПКС – жінки та чоловіки), рівнем ВІЛ-інфікування серед ПКС, поведінкових практик; кількості сексуальних партнерів СН, їхньої сексуальної поведінки; кількості клієнтів ПКС та поведінкових практик під час комерційного сексу та сексу з постійними партнерами); успішності програм профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; доступності добровільного консультування та тестування на ВІЛ, доступності лікування АРТ. Математичні моделі, за якими здійснюються розрахунки, не включають показники, які б характеризували ставлення суспільства до проблеми, до груп ризику, до людей, що живуть з ВІЛ, але цілком зрозуміло, що саме від суспільства, від рівня толерантності та консолідації зусиль, від професіоналізму всіх, хто має справу з епідемією, залежить подальший розвиток епідемічного процесу.

Епідемія розвивається у конкретному соціальному просторі під впливом чинників макrorівня (економічної кризи, рівня соціальної солідарності суспільства, культури, релігії), соціально-економічного середовища, поведінкових факторів (сексуальна поведінка, практика вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, особиста гігієна) та біомедичних факторів (тип вірусу, стадія інфікування, наявність захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) [6].

Аналіз демографічної та соціально-економічної ситуації в країні, на тлі якої розгортається епідемія ВІЛ/СНІД, а також огляд заходів протидії епідемії дозволяють зробити низку висновків:

- Сучасна демографічна ситуація відзначається високим рівнем постаріння, високим демографічним навантаженням працездатного контингенту непрацездатними (зокрема в сільській місцевості), низьким рівнем народжуваності та різким підвищенням смертності населення – всіма ознаками стрімкої депопуляції населення. Взагалі наявна демографічна ситуація підвищує рівень сприйнятливості та вразливості суспільства щодо ВІЛ-інфекції. Демографічний потенціал країни є знесиленим.
- Розвиток України як незалежної держави позначений такими процесами, як посилення майнового розшарування, посилення соціальної не-

рівності, зuboжіння певної частини населення, інтенсивних міграційних процесів, нестачі бюджетних коштів.

- В Україні відбувається розширене залучення підлітків і молодих людей до спроби та систематичного вживання наркотичних речовин, в тому числі ін'єкційного вживання наркотиків. Зменшується вік залучення до ін'єкційного вживання наркотиків та розширюється географія, разом з тим профілактичні програми носять загальноосвітній характер, не спрямовані на цільові вразливі групи.
- Зміни в сексуальній поведінці сучасної молоді, такі як зниження вікової межі початку статевого життя, більш терпиме ставлення до дошлюбних та позашлюбних статевих зв'язків, вільний доступ неповнолітніх до порнографічної продукції на тлі низької сексуальної культури та неефективних програм її формування, набувають у зв'язку з поширенням епідемії ВІЛ/СНІД в Україні особливої соціальної значущості.
- Сексуальні практики дорослого населення також створюють середовище ризику поширення інфікування на ВІЛ. За результатами репрезентативного національного опитування населення 25–49 років*, вступали в сексуальні контакти з випадковим(и) сексуальним(и) партнером(ами) протягом останнього місяця 9% опитаних, з них 25% не використовували презерватив під час останнього сексуально контакту з випадковим партнером. Сексуальні стосунки з комерційним(и) сексуальним(и) партнером(ами) протягом останнього місяця мали 2% опитаних, з них кожний п'ятий не використовував презерватив під час останнього сексуального контакту.
- Основними соціальними проблемами ВІЛ-інфікованих людей в Україні залишаються: збереження таємниці діагнозу; стосунки з членами родини, родичами, друзями і знайомими; виробничі відносини і можливість втрати роботи; житлові умови; матеріальне становище; недостатня правова захищеність і стосунки з владними та правовими органами; дискримінація і стигматизація; отримання медикаментів і медичної допомоги в цілому; одержання матеріальної і фізичної допомоги від різних людей, організацій і служб. Невирішеною на сьогодні є проблема щодо ВІЛ-інфікованих новонароджених, які залишилися без батьківської опіки. Тому потреби людей, інфікованих ВІЛ або хворих на СНІД, не обмежуються потребами в лікарських препаратах та медичному нагляді. Вони потребують соціальної підтримки і захисту з боку суспільства. Це вимагає формування комплексної стратегії щодо нагляду та підтримки ВІЛ-інфікованих.
- Більшість українців знають про ВІЛ/СНІД. Однак існує багато міфів щодо шляхів передачі інфекції, засобів профілактики, можливостей

* Дані опитування, проведеного у грудні 2004 р. Державним інститутом проблем сім'ї та молоді спільно з Українським інститутом соціальних досліджень за фінансової підтримки Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, загальна кількість опитаних – 1500 респондентів, керівник дослідження – канд. соціол. наук О. Балакірева (далі – ДІПСМ/УІСД, грудень 2004 р.)

тестування тощо. Це пояснює певну ворожість щодо ВІЛ-інфікованих. Багато хто з громадян країни хотів би дистанціюватися від них у повсякденному житті.

- Незважаючи на те, що, за поточною інформацією державних органів та громадських організацій, виконано значний обсяг роботи, задовільною її визнати не можна, оскільки темпи поширення ВІЛ-інфекції не стабілізувалися.
- Низькими є показники щодо доступності отримання послуг, пов'язаних з діагностикою та лікуванням інфекцій, які передаються статевим шляхом, а також проходженням тесту на ВІЛ. Особливо це спостерігається в сільській місцевості. Так, 61% опитаних зазначають, що в населеному пункті, в якому вони мешкають, є можливість пройти обстеження на захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), 62% зазначають, що можуть отримати медичну консультацію щодо ЗПСШ. Про можливість проходження лікування ЗПСШ зазначають 58% опитаних. Знають про заклад або установу, де можна було б пройти тест на наявність ВІЛ-інфекції, 63%, в той час як не знають про наявність подібних установ та закладів 27% опитаних, а 10% важко відповісти на поставлене запитання. Серед тих, хто коли-небудь проходив тест на ВІЛ, 75% зазначають, що не отримували дотестового консультування, а 80% – післятестового (ДПКСМ/УІСД, грудень 2004 р.). Таким чином, потрібно сприяти підвищенню рівня доступності послуг, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, а також поліпшенню якості надання дотестового та післятестового консультування, проводити широку рекламу існуючих консультативних пунктів.
- Виконання завдання зниження рівня народження ВІЛ-інфікованих дітей ускладнене тим, що близько 10% ВІЛ-інфікованих вагітних, передусім з груп ризику, не стають на облік в жіночих консультаціях, а народжують дітей поза пологовим будинком, не проходять тестування на ВІЛ і не отримують своєчасно профілактичне лікування.
- На даний момент важливою в Україні стає проблема взаємозв'язку поширення СНІД та туберкульозу. Наявність ВІЛ/СНІД значно збільшує небезпеку враження туберкульозом. Очевидно, роль СНІД у смертності і захворюваності населення на туберкульоз у подальшому буде зростати. Наявність ЗПСШ підвищує ризик ВІЛ-інфікування у 5–6 разів.

Таким чином, Україна є середовищем ризику. Суспільство, в тому числі управлінські структури вищої та середньої ланок, ще не усвідомлює рівня загрози, яку являє собою ВІЛ/СНІД, тому дії державних і неурядових інституцій залишаються неадекватними потребам протидії епідемії ВІЛ/СНІД в Україні.

Оскільки на сьогодні неможливо миттєво зупинити розвиток епідемії, слід зазначити, що економічні, демографічні та соціальні наслідки епідемії поглиблюватимуться в часі та впливатимуть на майбутні покоління. Особливості розвитку хвороби полягають у тому, що навіть за умов ефективної профілактичної роботи і призупинення темпів поширення ВІЛ-інфекції, кількість хворих на СНІД та померлих від СНІД зростатиме впродовж найближчих років. Наслідки

епідемії відбиватимуться на різних рівнях суспільства – індивідуальному, сімейному, регіональному, галузевому, національному. Тобто можливі наслідки вплинуть на індивідів, сім'ї, трудові колективи, регіони, окремі галузі економіки, ринок праці, систему охорони здоров'я, соціальну інфраструктуру, систему соціального захисту, систему влади, а також на рівень соціальної напруженості в суспільстві, демографічну політику та політику національної безпеки.

Вплив епідемії на окремих індивідів проявлятиметься в їх можливому інфікуванні, захворюванні та з часом – у смерті. Разом з тим, ці процеси впливатимуть на сім'ю. Хвороба члена домогосподарства означатиме втрату його/її персонального внеску у домашню роботу та загальний дохід, збільшення витрат на медичні послуги та ліки, відволікання інших членів сім'ї від роботи чи навчання для догляду за хворим. У випадку смерті внаслідок СНІД одного з годувальників найбільш уразливими будуть саме бідні сім'ї.

Одним з наслідків епідемії буде збільшення кількості дітей-сиріт, що може призвести до збільшення кількості сімей, які складатимуться з представників старшого покоління та їхніх онуків. Держава нестиме додаткові витрати на їх освіту, професійну підготовку, соціалізацію та забезпечення житлом. Крім того, позбавлені батьківського піклування, ці діти зазнають підвищеного ризику маргіналізації. Ще одну проблему може становити група ВІЛ-інфікованих дітей, які стали сиротами тому, що від них відмовилися батьки через їхній статус [4, 92–95].

Епідемія ВІЛ/СНІДу не визнає меж і кордонів і поширюється на всіх рівнях та зачіпає всі сектори економіки. Вікова структура ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД показує, що економіка втрачає найбільш продуктивну частку робочої сили з високим рівнем кваліфікації. Більш старі кадри не в змозі замінити молодих, оскільки часто не мають належної освіти та сучасної підготовки, а молодим працівникам бракує досвіду. Основними чинниками щодо вразливості в економічній галузі є відсутність працівника на робочому місці через хворобу та з інших причин (догляд за хворим членом сім'ї, похорон); смерть працівників; негативний емоційний стан працівників (через страх захворіти на СНІД, втрату колег); неспокій на робочому місці; дискримінація ВІЛ-інфікованих; додаткові навантаження на працівників через плінність кадрів; втрата кваліфікованих працівників; зростання витрат на найм та навчання додаткової робочої сили; зниження якості праці та її продуктивності; підвищення вартості робочої сили; підвищення вартості медичних послуг, страхування, компенсації у зв'язку з інвалідністю тощо; труднощі щодо планування роботи; труднощі щодо дотримання термінів виконання роботи; напружені стосунки між працівниками та роботодавцями. Поширення епідемії ВІЛ/СНІД по-різному впливатиме на ситуацію в окремих секторах економіки. Ймовірним є перерозподіл робочої сили між секторами. На рівні окремих підприємств уразливість проявлятиметься залежно від якості робочої сили, яка вибуватиме з трудових ресурсів. Підготовка менеджерського персоналу та кваліфікованих фахівців потребує часу, вміння та досвіду. Це означатиме збільшення вартості найму, навчання та страхування (в тому числі медичного) робочої сили. Негативний вплив може проявлятися у скороченні кількості працюючих; напруженості на робочому місці у зв'язку з нетолерантним ставленням до людей, що живуть з ВІЛ; можливих випадках дискримінації [4, 95–98].

Оцінка впливу епідемії на економічно активне населення показує, що чисельність економічно активного населення у 2014 р. зменшиться внаслідок депопуляції на 11,6% порівняно з 2004 р. Епідемія ВІЛ/СНІД може призвести до 2014 р. до додаткового зменшення чисельності економічно активного населення на 1–2% на національному рівні; на 2,7–3,6% у Донецькій та 2,2–4,2% в Одеській областях. Прогнозні показники смертності від СНІД в Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській та Донецькій областях у 1,5–2,1 разу перевищуватимуть середні по Україні [5, 15–18].

Додаткове навантаження на соціальну сферу виявлятиметься у зростанні кількості інфікованих дорослих і дітей, а також кількість сиріт внаслідок СНІД; зростанні потреб підтримки цих груп; запитів щодо соціального супроводу сімей, у складі яких є ВІЛ-позитивні члени. Втрата годувальника потребуватиме збільшення витрат держави на утримання таких сімей. Люди, які мали б виступати як виробники, опиняються на утриманні раніше строку, нічого не виробляють і самі потребують допомоги. З'являються сім'ї, що складаються лише з непрацездатних. Зростають потреби у соціальних службах, службах психологічної допомоги та реабілітації.

Наявний стан системи охорони здоров'я (фінансова нестабільність, скорочення обсягів безкоштовної медичної допомоги, комерціалізація медичних послуг тощо) виявився таким, що вона не готова протистояти епідемії ВІЛ/СНІД, яка розгортається в країні. Система охорони здоров'я першою серед інших галузей народного господарства відчує негативні наслідки епідемії СНІД. Першою проблемою стає зростання потреби у медичних послугах. При цьому послуги, пов'язані із захворюванням на СНІД, будуть лише додатковим навантаженням на систему, яка вже зазнає труднощів з наданням адекватної медичної допомоги населенню. Суттєво зростає та зростатиме обсяг потреб у забезпеченні дотестового та післятестового консультування, тестування, АРВ-терапії. Постає низка питань: скільки людей захворіють та якими будуть можливості надати їм практичну допомогу, скільки коштуватиме лікування одного хворого на СНІД в Україні, які кошти передбачатиме бюджет, які інші джерела фінансування підтримуватимуть програми протидії епідемії.

За будь-яким із прогнозів надзвичайно зростають витрати: на діагностування на ВІЛ-інфекцію, лікування й утримання ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, лікування опортуністичних хвороб, профілактику вертикальної трансмісії, профілактику серед груп ризику. Зростають потреби у спеціалізованому медичному персоналі, центрах тестування, тест-системах, анонімних кабінетах, лікарнях, центрах соціальних служб, службах психологічної допомоги та реабілітації, інформаційно-освітніх програмах щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та безпечної поведінки.

Прямі витрати на ВІЛ/СНІД, за песимістичним сценарієм, у 2014 р. [5, 20–22] становитимуть:

- Загальні щорічні *витрати на лікування СНІД* можуть досягти *630 млн. грн.*
- Несплачені податки та внески до пенсійних фондів і фондів соціального страхування (тимчасової непрацездатності та безробіття) можуть досягнути *418 млн. грн.*

- Додаткові бюджетні витрати можуть досягнути 255 млн. грн., включаючи:
 - до 200 млн. грн. на виплати у зв'язку з постійною непрацевдатністю;
 - до 35 млн. грн. на виплати з фонду соціального захисту інвалідів;
 - до 12 млн. грн. на виплати у зв'язку з тимчасовою непрацевдатністю;
 - до 8 млн. грн. на пенсії дітям-сиротам внаслідок СНІДу.

Макроекономічні наслідки ВІЛ/СНІД можуть призвести до падіння рівня валового внутрішнього продукту на 1–6%; падіння загального добробуту на 2–8%; зменшення рівня інвестицій на 1–9%; зменшення загального експорту на 3–9%. Сектори з високою інтенсивністю використання праці (виробництво неенергетичних матеріалів, металургія й металообробка) більшою мірою перебуватимуть під впливом епідемії [5, 23–31].

Якщо на початку епідемії її негативний вплив на макроекономіку України був досить слабким і невідчутним, то в перспективі на тлі посилення дефіциту фінансових ресурсів й скорочення капіталовкладень ВІЛ/СНІД може гальмувати темпи економічного зростання країни. Він посилює тягар демоекономічних проблем, створює дисбаланс між наявними демографічними показниками і досягненням поставлених цілей соціально-економічного розвитку.

Безпосередній негативний ефект від наслідків епідемії проявлятиметься в скороченні тривалості життя, зниженні економічної активності, зменшенні ефективності праці; зростанні смертності та непрацевдатності; змінах у структурі економічно активного населення (залежно від найбільш уражених статевовікових груп); негативному демографічному ефекті через додаткове падіння народжуваності; збільшенні проблем дітей-сиріт; зменшенні податкових надходжень до бюджету, зростанні видатків на соціальну сферу та охорону здоров'я.

Довгостроковий вплив епідемії проявлятиметься в скороченні заощаджень та інвестицій; падінні мотивації вкладати в людський капітал (освіта, здоров'я); зростанні фінансових ризиків; зміні торговельного балансу.

Отже епідемія ВІЛ/СНІД може призвести до серйозних наслідків, які стануть катастрофічними за відсутності ефективного та своєчасного плану дій. Адекватне усвідомлення та належний аналіз макроекономічних і соціально-демографічних наслідків створює основу для запровадження ефективних заходів з метою пом'якшення цих наслідків та протистояння розвитку епідемії ВІЛ/СНІД. Необхідні конкретні консолідовані кроки з боку всього суспільства. Проблема є комплексною і повинна вирішуватися комплексно на засадах міжсекторального підходу, спільними зусиллями держави, громадськості та приватного сектора.

Як бачимо, подолання наслідків поширення епідемії в Україні вимагає суттєвих видатків. Втрати від економічних наслідків епідемії доволі значні. Профілактичні заходи також вельми недешеві, але економічно ефективні. Наведемо розрахунки щодо вартості профілактичних програм та основних заходів протидії епідемії. За умов активної реалізації проектів, значної кількості клієнтів та високого рівня охоплення цільових груп витрати на одну особу мінімізуються

(див. табл. 4) та зростає економічна ефективність. Для охоплення 60% представників груп високого ризику інфікування на ВІЛ загальні потреби на фінансування програм профілактики на рівні країни оцінюються в 70–100 млн. грн. на рік.

Таблиця 4

Оцінка максимальної річної вартості програм профілактики ВІЛ-інфікування серед груп ризику за умов високого рівня охоплення (60%) представників груп високого ризику

Група високого ризику ВІЛ-інфікування	Вартість профілактичних програм на рік на одну особу	Оціночна чисельність групи	Річна вартість програми профілактики для охоплення 60% групи
СІН	200 грн.	325–425 тис. осіб	40–50 млн. грн.
ЖСБ	135 грн.	110–250 тис. осіб	9–20 млн. грн.
ЧСЧ	125 грн.	177–430 тис. осіб	22–32 млн. грн.
РАЗОМ			70–100 млн. грн. <i>(або 14–20 млн. дол. США)</i>

Оціночна вартість ресоціалізації для одного СІН (амбулаторна програма) на місяць сягає 1,5–2,0 тис. грн., а тривалість мінімального курсу визначається фахівцями у три місяці. Мінімальне місячне фінансування перебування одного пацієнта у стаціонарному центрі ресоціалізації для наркозалежних оцінюється у 800 грн., а тривалість програми – в середньому не менше 12 місяців. Таких програм потребують близько 30% СІН. Отже нагальною потребою для України є розробка та широке впровадження профілактики залучення до вживання наркотиків, в тому числі й залучення до ініціації ін'єкційного вживання наркотичних речовин.

До розрахунків вартості профілактичних програм необхідно включати підготовку та перепідготовку практичних психологів, соціальних працівників, вчителів, медичних працівників.

Державні та місцеві бюджети не передбачають фінансування координаційних механізмів, немає запланованих витрат на заходи з моніторингу та оцінки виконання програм протидії ні на національному, ні на місцевому рівнях.

Аналіз запланованого та фактичного фінансування заходів Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування та догляду ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004–2008 рр. свідчить, що в Україні на різноманітні заходи виділяються значні кошти, але на сьогодні немає повного аналізу їх використання та оцінки економічної ефективності, отже й оцінки розміру дефіциту, оцінки додаткових та перспективних потреб. Кабінет Міністрів України передбачив фінансування Національної програми на 2004–2008 рр. з Державного, місцевих бюджетів, за рахунок позики Світового банку та з інших джерел фінансування.

Таблиця 5
Структура фінансування програми протидії епідемії ВІЛ/СНІД на 2004–2005 рр.

Роки		2004 р. (тис. грн.)	2005 р. (тис. грн.)
Всього по програмі	Всього	55 074,0	94 174,4
	Державний	16 837,0	36 684,2
	Місцевий	11 079,4	16 545,5
	Позика СБ	27 145,0	40 932,1
	Інші джерела	12,6	12,6
Міністерство охорони здоров'я України	Всього	48 381,8	84 706,1
	Державний	13 457,1	33 262,1
	Місцевий	11 003,4	16 469,5
	Позика СБ	23 908,8	34 962,1
	Інші джерела	12,5	12,5
Додаткове фінансування донорів	Глобальний фонд	99 250,3	
	ЮНІСЕФ (як приклад)		3 500,0

У 2004 р. в межах Національної програми і централізованих заходів з профілактики та лікування СНІД використано 17 622 тис. грн. бюджетних коштів, тобто майже на 1 млн. грн. більше, ніж заплановано, у тому числі на закупівлю тест-систем – 8184,8 тис. грн. (46,4%), медикаментів – 8272,3 тис. грн. (46,9%), на виплату допомоги ВІЛ-інфікованим дітям – 1164,9 тис. грн. (6,6%). В бюджеті 2005 р. на виконання Національної програми було заплановано 33 262,0 тис. грн.

У рамках програми „Подолання епідемії ВІЛ/СНІД в Україні”, що фінансується Глобальним фондом, впродовж 2004–2005 рр. використано \$19 653 529, у тому числі:

- на лікування, догляд та підтримку – \$3 536 387 (18%);
- на профілактику серед уразливих груп – \$1 876 350 (10%);
- на інформацію, освіту, адвокацію – \$2 533 697 (13%);
- на моніторинг і оцінку – \$625 000 (3%);
- на закупівлю та поставки АРВ-препаратів та іншого медичного обладнання – \$8 226 180 (42%);
- на міжнародну технічну допомогу – \$1 036 683 (5%).

Аналіз фінансових заходів програми показав, що фінансування з Державного бюджету України та Глобального фонду забезпечується в повному обсязі. За рішенням Національної ради до Глобального фонду подано заявку на продовження фінансування програми на 3–5 років. Загальний обсяг фінансування становить 67 млн. доларів США.

За рахунок коштів місцевих бюджетів фінансування програм протидії епідемії ВІЛ/СНІД відбувається нерівномірно. Заплановане фінансування регіональних програм не відповідає потребам, та, крім того, і заплановане фінансування здійснюється вкрай незадовільно. Більшість облдержадміністрацій не визначають пріоритетним фінансування заходів щодо боротьби з ВІЛ/СНІД.

Затвердження регіональних програм не завжди супроводжується одночасним затвердженням їх бюджетів.

Фінансування в рамках проекту Світового банку „Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІД в Україні” значно запізнюється і гальмується з різних причин, що зменшує загальний обсяг коштів в країні на протидію епідеміям ВІЛ/СНІДу та туберкульозу.

Потребує оптимізації використання бюджетних коштів, впровадження прозорих, відкритих процедур залучення громадськості, що дасть можливість розширити обсяги реалізованих програм. Сьогодні в різних областях країни почала розвиватися система соціального замовлення, тобто конкурсного розподілу бюджетних коштів, передбачених на фінансування послуг, що надаються недержавними організаціями. Головним чином, це є інноваційні соціальні послуги та послуги з первинної профілактики і програми зменшення шкоди. Швидке впровадження інноваційних послуг вкрай необхідне у протидії епідемії ВІЛ/СНІД. Недержавні організації мають можливості оперативного реагування на ситуації, що швидко змінюються. Тому вкрай необхідно розвивати механізми надання бюджетних коштів та делегування надання певних послуг для цільових груп населення громадським організаціям. Крім цього, дуже важливим є те, що це сприяє децентралізації соціальних послуг, а також залученню до функцій замовників різні управління обласних адміністрацій та місцеві органи влади.

Досвід розподілу бюджетних коштів на конкурсній основі та у формі соціального замовлення накопичено в різних регіонах, зокрема щодо програм профілактики ВІЛ/СНІД, соціальної підтримки та догляду ВІЛ-інфікованих дітей тощо. Але відсутність процедури ліцензування громадських організацій для надання соціальних послуг та стандартів самих соціальних послуг гальмує розвиток такого підходу.

Нагальною потребою є впровадження фінансового моніторингу програм протидії епідемії та оцінки економічної ефективності конкретних проектів. У міжнародній практиці велике значення надається моніторингу конкретних соціальних проектів, який забезпечує періодичний огляд діяльності за проектом, аналіз її відповідності запланованим діям, оцінку економічної ефективності, формує базу для прийняття рішень щодо подальшого розвитку та/або коригування конкретних програм та проектів. Проблема фінансування соціальної сфери взагалі та соціальних програм і проектів зокрема є досить актуальною. Особливо гостро постає питання виділення ресурсів, коли мова йде про такі соціальні проекти, в яких важко виміряти та наочно показати результати впливу діяльності в межах проекту на цільову групу, на ситуацію в певному середовищі, місцевості тощо. Аналіз економічної ефективності є інструментом, який дозволяє приймати обґрунтовані рішення щодо оптимального використання ресурсів. Оцінка і порівняння вартості та результатів застосування різних програм дозволяє дослідити ефективність діяльності та гарантувати якомога краще використання наявних ресурсів, визначити, наскільки затрати можуть бути зменшені чи спрямовані на отримання більшої вигоди за ту ж саму ціну, оцінити фінансову ефективність діяльності та визначити засоби, які б гарантували належне використання ресурсів у майбутньому. Система моніторингу економічної ефек-

тивності соціальних програм дає уявлення про різні шляхи досягнення однієї і тієї ж мети на основі індексу економічної ефективності для кожного альтернативного шляху та можливість визначати найбільш економічно ефективні стратегії.

Нижче наводимо переконливий приклад економічної вигоди адекватного фінансування профілактичних програм порівняно з можливими витратами на пом'якшення наслідків (табл. 6).

Таблиця 6
Оцінка вартості програм профілактики серед СІН в Одесі* (2001 р.)

Вартість попередження одного випадку ВІЛ-інфікування	\$ 194 (1030 грн.)
Попереджено за рік	396 випадків
Витрати на попередження 396 випадків	\$ 77 000
Вартість лікування одного випадку на рік	\$ 1 300
Вартість лікування 396 випадків протягом 1 року	\$ 515 000
Вартість лікування цих випадків протягом 5 років	\$ 2 575 000

* За даними дослідження УІСД [7].

Аналіз стану виконання заходів подолання епідемії ВІЛ/СНІД свідчить, що темпи поширення ВІЛ-інфекції не уповільнюються. Така ситуація спричинена відсутністю державного і суспільного усвідомлення реальної загрози ВІЛ-інфекції; національні і регіональні програми не містять мети і завдань, визначених в конкретних кількісних показниках та часових межах; регіональна політика не спирається на аналіз попередніх дій, потреб та визначення пріоритетів у регіонах; недостатнє фінансування з боку місцевих бюджетів; відсутність на регіональному рівні системи моніторингу та оцінки (МіО), що допомогло б уникнути безконтрольного та неефективного використання коштів. Реалізація політики протидії епідемії на місцевому рівні (обласному, міському, районному) потребує оптимізації механізму її здійснення та гармонізації інтересів національного та місцевого рівнів. Актуальним є прискорення процесу вирішення питання створення Національного центру моніторингу та оцінки заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІД, який візьме на себе нагляд за виконанням і оцінювання ефективності заходів Національної програми.

Ефективна протидія епідемії вимагає адекватного усвідомлення та належного аналізу найближчих, середньої тривалості та далекосяжних наслідків, що допоможе сформувати основу для вдосконалення та підвищення результативності заходів з метою пом'якшення цих наслідків та протистояння розвитку епідемії ВІЛ/СНІД.

Для цього необхідно продовжувати на більш ефективному рівні інформування про проблему всі структури українського суспільства, спрямоване на усвідомлення того, що наслідки епідемії ВІЛ/СНІД не є суто медичною проблемою, а суттєво впливатимуть на більшість секторів економіки та соціальної сфери. Впровадження ефективної системи моніторингу й оцінки у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІД сприятиме своєчасному коригуванню дій та забезпеченню вибору економічно ефективних стратегій. Координація на всіх рівнях, широке залучення структур громадянського суспільства та відповідальність органів вла-

ди за результати можуть допомогти змінити політичне середовище та вивести питання протидії епідемії ВІЛ/СНІДу на рівень національних пріоритетів.

Для ефективного стратегічного планування заходів та обґрунтування бюджетів програм національного та регіонального рівнів потрібні: оцінка чисельності груп ризику (СІН/ЖКС/ЧСЧ) на рівні окремих областей, районів, населених пунктів; в т. ч. — які потребують певних послуг (ПОШ, ЗПТ, РС, АРТ тощо); узгоджені стандарти послуг та узгоджені стандарти вартості послуг (нормативи); пошук та впровадження економічно ефективних стратегій профілактики; розвиток довгострокового планування та підтримка існуючих програм (мета — розширення охоплення); навчання аналізу та стратегічному плануванню (включаючи МіО) держслужбовців та фахівців; поруч із програмами на 4–5 роки необхідні конкретні річні плани дій (як на національному рівні, так і на рівні областей, міст, районів, окремих установ та закладів) з чітким розподілом відповідальних та достатнім рівнем фінансування.

Сучасний підхід до забезпечення ефективної відповіді на епідемію передбачає забезпечення триєдиного принципу, суть якого полягає у наявності єдиної узгодженої програми дій проти ВІЛ/СНІД як основи для координації роботи всіх партнерів; єдиного національного координаційного механізму з ВІЛ/СНІД з широкими міжсекторальними повноваженнями; єдиної системи моніторингу та оцінки, узгодженої на рівні країни.

Такий підхід дозволить забезпечити стратегічні підходи щодо планування діяльності з протидії епідемії; комплексний підхід при формуванні бюджету для виконання всіх завдань; розробку та узгодження конкретних показників діяльності та цілей, що мають бути досягнуті за певний період часу; передбачити кошти на моніторинг та оцінку програми та її окремих складових; забезпечити стандартизацію показників та процедур моніторингу і оцінки національної програми.

Ризики, які виникають у зв'язку з поширенням епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні (як і в ряді інших країн колишнього Радянського Союзу), виводять проблему аналізу процесу епідемії та відповіді суспільства на епідемію на рівень питань національної безпеки. Сучасне розуміння сутності національної безпеки є досить широким і в своєму розвитку охоплює все нові проблеми, в тому числі демографічні, економічні, екологічні, інформаційні, духовно-моральні, що, в свою чергу, вимагає уваги різних наук. Розуміння національної безпеки як складної багаторівневої функціональної системи дозволяє розглядати взаємовплив та взаємодію різних соціальних процесів (у широкому їх розумінні), роль організаційних структур, політик та механізмів їх реалізації, роль різних елементів структури суспільства, можливі ризики та впливи, шляхи пом'якшення або мінімізації негативних наслідків на різних рівнях. Междисциплінарність проблеми „національної безпеки” зумовлює різноманітність предметного поля наукового аналізу та методів [8, 82–110; 9]. Епідемія ВІЛ/СНІДу, у свою чергу, є соціокультурним явищем, що впливає на демографічну, соціальну, економічну, морально-культурну сфери суспільного життя, створює внутрішню загрозу безпеці (за певних умов може стати чинником, що загострюватиме й зовнішні загрози) та розвиткові суспільства і держави.

ВІЛ/СНІД є національною проблемою в Україні. Протидія епідемії потребує негайних дій, об'єднання зусиль усього суспільства та використання позитивного світового досвіду.

1. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформ. бюлетень / МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України, ЦЕСЕС МОЗ України. – 2006. – № 25. – 30 с.
2. Оцінка можливостей розвитку в Україні програм профілактики ВІЛ в середовищі споживачів ін'єкційних наркотиків / Представництво ЮНІСЕФ в Україні та Центр “Соціальний моніторинг” за підтримки ЮНЕЙДС в Україні та МФ “Відродження”; наук. керівник О. Балакірева. – К., 2003. (укр., рос. та англ. мовами).
3. Діяльність громадських організацій з профілактики ВІЛ/СНІДу серед жінок секс-бізнесу: За результатами проекту “Створення мережі неурядових організацій, які працюють із жінками секс-бізнесу в Україні” / О. Балакірева, Л. Андрушак, М. Варбан та ін. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2000. – 176 с.
4. Соціально-економічні наслідки епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні: нові прогнози. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень; 2003. – 146 с.
5. Socioeconomic Impact of HIV/AIDS in Ukraine // The World Bank, International HIV/AIDS Alliance in Ukraine. – Washington, 2006. – 112 p.
6. Alan Whiteside and Clem Sunter. AIDS: The Challenge for South Africa. – Human & Rousseau (Pty) Ltd and Tafelberg Publishers Ltd, 2000. – 179 p.
7. Аналіз економічної ефективності проектів з профілактики ВІЛ/СНІДу в Україні. – К.: Укр. ін-т соціальних досліджень, 2003. – 99 с.
8. Система оцінок зовнішніх і внутрішніх ризиків та загроз національній безпеці України. Вип.16. / За заг. ред. акад. НАН України В.П. Горбуліна, – К.: ДП ”НВЦ „Євроатлантикі-нформ”, 2005. – 232 с.
9. Качинський А.Б. Безпека, загрози і ризик: наукові концепції та математичні моделі : Монографія. – К.: ІПНБ НАСБУ. – 2004. –366 с.