

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Навчально-науковий інститут «Інститут державного управління»
Кафедра права, національної безпеки та європейської інтеграції

Кваліфікаційна робота магістра
на тему
ПУБЛІЧНА ПОЛІТИКА ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО
НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ В УКРАЇНІ

Виконала студентка 2 курсу,
групи ППГЗ-1-24
Спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
Освітньо-професійної програми
«Публічна політика і управління в
умовах гібридних загроз»
_____ Лариса БОРИСЕНКО

Науковий керівник роботи:
кандидат історичних наук, доцент
_____ Антон МЕЛЯКОВ

Харків – 2025

ЗМІСТ

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАЧКИ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ.....	7
1.1. Законодавча база регулювання алкоголізму, наркоманії та токсикоманії в Україні.....	7
1.2. Інституційні підвали профілактики соціально небезпечних хвороб	14
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ.....	17
2.1 Роль громадських організацій та благодійних фондів в реалізації публічної політики профілактики соціально небезпечних хвороб в Україні у 2020-2025 рр.....	17
2.2 Кращі іноземні практики профілактики соціально небезпечних хвороб.....	28
РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАПОБІГАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМ ХВОРОБАМ.....	38
3.1 Засоби удосконалення публічної політики запобігання соціально небезпечним хворобам на регіональному та локальному рівнях.....	38
3.2 Роль органів місцевого самоврядування у профілактиці соціально небезпечних хвороб.....	46
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64
ДОДАТКИ.....	70

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАКИ

БО – Благодійна організація

ВАОЗ – Всесвітня асамблея охорони здоров'я

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЄМЦННЗ – Європейський центр моніторингу наркотиків і наркозалежності

ЄС – Європейський Союз

ЗПТ – замісна підтримувальна терапія

ЗУ – Закон України

КМІС – Київський міжнародний інститут соціології

КМУ – Кабінет Міністрів України

ООН – Організація Об'єднаних Націй

СНІД – синдром набутого імунодефіциту людини

США – Сполучені Штати Америки

ЮНЕСКО (UNESCO) – Організація Об'єднаних Націй з питань освіти, науки і культури (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation)

CDC – Centers for Disease Control and Prevention, Центри з контролю та профілактики захворювань США

KPI – Key Performance Indicators

NPM – New Public Management

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена низкою наступних чинників.

1. Різке погіршення соціально-медичних ризиків унаслідок війни. Повномасштабна агресія РФ спричинила зростання стресових розладів, депресій, ПТСР, внутрішнього переміщення, втрату житла та роботи. За оцінками МОЗ, після 2022 року кількість людей, які потребують психологічної та підтримуючої допомоги, збільшилася на понад 30%.

2. Підвищення вразливості специфічних груп населення. Люди, які проживають у прифронтових територіях, внутрішньо переміщені особи, ветерани, сім'ї військовослужбовців та підлітки у громадах з порушеною соціальною інфраструктурою є групами підвищеного ризику. Наприклад, у 2023-2024 рр. у громадах Харківщини, Донеччини та Запоріжжя фіксувалося до 25% збільшення звернень, пов'язаних зі зловживанням алкоголем.

Ускладнено і статистичний облік. Так, наприклад, кількість наркозалежних в Україні станом на 2025р. коливається в межах 300-380 тис. громадян, а назвати більш точну цифру не здатен жоден орган виконавчої влади. Якщо у 2022 році було відкрито 34 тисячі кримінальних проваджень, пов'язаних із незаконним обігом наркотиків, то вже у 2023-му їхня кількість перевищила 39 тисяч, а у 2024 році сягнула понад 48 тисяч. Це зростання становить у середньому 15-20% щороку, і демонструє, що масштаби проблеми збільшуються навіть попри активні заходи протидії.

3. Порушення безперервності медичних і соціальних послуг. Зруйновані лікарні, обмежений доступ до сімейних лікарів, евакуація медичних працівників, нестача препаратів протитуберкульозної терапії у 2022 р., перевантаження соціальних служб – усі ці чинники підбивають ефективність профілактичних програм, які в мирний час працювали стабільніше.

4. Необхідність адаптації державної політики до умов воєнного часу та повоєнної відбудови. Україна потребує стратегічного переосмислення підходів до профілактики соціально небезпечних хвороб, орієнтованих на комплексні

моделі підтримки, інтегровані психосоціальні послуги, відновлення кадрового потенціалу та стійкість громад.

Треба бути відвертими: кожна масштабна війна загострює проблеми алкоголізму та наркоманії в середовищі чоловічого населення, перш за все у воїнів збройних сил. Україна точно не буде виключенням із світової практики. Тож системі охорони здоров'я та системі соціального захисту вже зараз варто готуватися до загострення цих проблем в період повоєнної відбудови.

5. Міжнародні гуманітарні партнери демонструють швидкі успішні практики, але їх потрібно інтегрувати у довгострокову політику. Наприклад, у прифронтових районах Дніпропетровської, Харківської та Миколаївської областей мобільні команди Лікарів без кордонів та Червоного Хреста у 2022–2024 рр. забезпечили десятки тисяч консультацій і видачу індивідуальних курсів АРТ-препаратів, замісної терапії та протитуберкульозних ліків. Позитивний досвід цих моделей варто адаптувати на державному рівні.

Серед дослідників, котрі зробили свій внесок у розробку даної проблематики можна відзначити: В. Беспалько, І. Богатирьова, О. Вакуленко, Д. Виговського, В. Дзундзу, Н. Дідушко, О. Долженкова, І. Карпову, Т. Кравченко, О.Кривоногову, Н.Лужецьку, В. Лютого, М. Мінца, А. Нагорну, С.Нечипоренко, В. Оржеховську, І. Парфанович, С. Поволоцьку, В. Пшеничного, М. Савіну, І. Топольскову, В. Тюріну, Д. Ягунова, С. Яковенка.

Різноманітні засоби профілактики соціально небезпечних хвороб досліджують фахівці в галузі юриспруденції, охорони здоров'я, соціології, публічного управління, зокрема: О. Бірюк, О. Вашев, Л. Войтова, Н. Горб, Г. Золотова, Д. Карамішев, В.Лазаренко, Н.Лесько, Л.Литвинчук, І. Пиголенко, Т. Чебикіна, А.Щелкунов, Т.Яценко.

Метою магістерської роботи є розробка обґрунтованих підходів до формування публічної політики з профілактики соціально небезпечних хвороб, що враховують умови воєнного стану в Україні.

У зв'язку з цим *об'єктом* дослідження є процеси формування та реалізації публічної політики профілактики соціально небезпечних хвороб.

Предметом дослідження визначено інструменти, засоби та технології профілактики соціально небезпечних хвороб в умовах повномасштабної війни в Україні.

Для досягнення мети дослідження визначені такі *завдання*:

- вивчити сучасний стан поширення соціально небезпечних хвороб в Україні;
- проаналізувати світовий досвід протидії соціально небезпечним хворобам;
- виокремити ключові фактори та обставини, що впливають на ефективність профілактичних заходів;
- оцінити можливості впровадження інтегрованих інноваційних підходів у практику профілактики соціально небезпечних хвороб;
- запропонувати рекомендації для органів публічного управління щодо формування відповідної профілактичної політики.

Методологічне підґрунтя дослідження становлять загальнонаукові методи аналізу та синтезу, системний підхід, а також спеціалізовані методи: порівняльний аналіз, моделювання та прогнозування.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання для розробки державних, регіональних та місцевих програм профілактики соціально небезпечних хвороб, вдосконалення локальної законодавчої бази, а також у навчальних програмах підготовки фахівців з публічного управління соціальним та гуманітарним розвитком.

РОЗДІЛ 1

СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТОК СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ

1.1. Законодавча база регулювання алкоголізму, наркоманії та токсикоманії в Україні

Нормативно-правові та інституційні засади реалізації публічної політики профілактики соціально небезпечних хвороб в Україні у 2015-2025 роках формувалися в умовах одночасної дії декількох потужних викликів – високого епідемічного тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції, значного поширення наркоманії й алкоголізму, глибокої реформи системи охорони здоров'я та повномасштабної війни.

Базою для всієї політики профілактики є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який визначає правові, організаційні та соціально-економічні засади охорони здоров'я, обов'язок держави створювати умови для запобігання захворюванням та гарантувати громадянам доступ до профілактичних послуг. На цій основі вибудовано спеціальне законодавство щодо інфекційних хвороб, наркотиків і алкоголю, яке впродовж 2015-2025 років неодноразово оновлювалося, наближаючись до стандартів ЄС та рекомендацій ВООЗ, UNAIDS та інших міжнародних інституцій.

Ключовим спеціальним актом для профілактики туберкульозу, ВІЛ-СНІДу та інших інфекцій є Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб», що визначає повноваження органів влади у сфері епідемічного нагляду, профілактичних щеплень, санітарних і протиепідемічних заходів, а також закріплює право громадян на захист від інфекційних хвороб і доступ до профілактики та лікування. До 2023 року діяв

також Закон «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», який формально втратив чинність, однак його підходи були інтегровані в оновлені законодавчі акти та підзаконну базу.

Важливим нормативним кроком стало схвалення Кабінетом Міністрів Концепції розвитку системи громадського здоров'я (розпорядження № 1002-р від 30.11.2016), яка закріпила перехід від вузько-клінічного підходу до проблеми окремих хвороб до ширшого, популяційного підходу – з акцентом на профілактику, міжсекторальну взаємодію та роботу з факторами ризику, такими як тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків [19].

Для реалізації Концепції затверджено План заходів (розпорядження КМУ № 560-р від 18.08.2017), у якому чітко прописано роль Міністерства охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування та громадських організацій у профілактиці соціально небезпечних хвороб [25].

Фундаментально на інституційну архітектуру вплинула реформа фінансування медицини. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (№ 2168-VIII від 19.10.2017) запровадив модель «гроші йдуть за пацієнтом» і створив Національну службу здоров'я України, яка укладає договори з надавачами послуг [21]. У межах Програми медичних гарантій передбачено пакети послуг, пов'язані з діагностикою та лікуванням туберкульозу, ВІЛ-інфекції, замісною підтримувальною терапією для людей із наркотичною залежністю, а також амбулаторною допомогою, де реалізуються скринінгові програми, консультування щодо зменшення ризикованої поведінки, короткі втручання з приводу вживання алкоголю тощо.

Спеціальний нормативний контур розбудовано для протидії ВІЛ, туберкульозу та вірусним гепатитам. У 2014 році Верховна Рада ухвалила Закон «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки», де серед завдань були забезпечення доступу до тестування, антиретровірусної терапії (АРТ), розвитку паліативної допомоги людям, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ).

Після завершення строку дії програми стратегічна рамка була перенесена у формат Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, схваленої розпорядженням КМУ № 1415-р від 27.11.2019. Стратегія встановила амбітні цілі – зниження захворюваності на ВІЛ, ТБ та вірусні гепатити на 80%, смертності – на 90% і підвищення ефективності лікування всіх форм ТБ, включно з лікарсько-стійким, більш ніж на 90% порівняно з 2015 роком. Паралельно ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» розробила Національну стратегію тестування на ВІЛ на 2019-2030 роки, яка деталізує підходи до розширення доступу до тестування, орієнтації на ключові групи ризику, інтеграції швидких тестів у роботу первинної ланки, наркологічних та пенітенціарних закладів [11].

Поворотною інституційною зміною стало створення у 2015–2017 роках державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (ЦГЗ) на базі кількох санітарно-епідеміологічних та інфекційних інститутів. Відповідні накази МОЗ № 604 від 18.09.2015, № 357 від 13.04.2016 та № 1363 від 03.11.2017 закріпили правонаступництво, структуру та завдання нового органу. ЦГЗ став національним координатором у сфері громадського здоров'я, епідагляду та профілактики соціально небезпечних хвороб, зокрема забезпечує збір і аналіз статистики з ВІЛ, ТБ, наркозалежності, алкоголізму, розробку методичних документів та інформаційних кампаній. Саме на сайті ЦГЗ публікуються регулярні статистичні бюлетені «Статистика ВІЛ/СНІД в Україні» та «Статистика туберкульозу в Україні», що стали головним джерелом емпіричних даних у 2015-2025 роках [4].

На загальну рамку профілактики туберкульозу суттєво вплинули також раніші Загальнодержавні цільові програми протидії захворюванню на туберкульоз, які сприяли інтеграції фтизіатричної служби в систему загальної охорони здоров'я, а також залученню ресурсів Глобального фонду для придбання сучасних діагностичних систем та препаратів.

Аналітичні матеріали ЦГЗ свідчать, що в 2015–2021 роках показник захворюваності на туберкульоз суттєво знизився: за даними моніторингу, за шість років інцидентність скоротилася приблизно на 40% – з 70,5 випадку на 100 тис. населення у 2015 році до 37,5 на 100 тис. у 2021 році, що пов'язують із реформуванням служби та покращенням доступу до діагностики. Однак у 2022-2023 роках через пандемію COVID-19 і повномасштабну війну відбулося тимчасове зростання офіційної захворюваності: у деяких регіонах центральної України інцидентність зросла до понад 60 випадків на 100 тис. проти близько 36 до початку кризи, що засвідчили спеціальні дослідження [28].

Разом з тим за даними ЦГЗ, у 2024 році в Україні зареєстровано 18 140 нових випадків туберкульозу та його рецидивів (44,2 на 100 тис. населення), що на 8,7% менше, ніж у 2023 році (19 851 випадок, 48,4 на 100 тис.). Щомісячні бюлетені демонструють, що у жовтні 2025 року було зареєстровано 1 281 людину з ТБ, з яких 945 – нові випадки, 269 – рецидиви, а 268 пацієнтів мали лікарсько-стійкі форми, що є дуже серйозним викликом для системи профілактики і лікування [15].

Нормативно-правова база протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу у 2015–2025 роках поєднує цільові стратегії та галузеві документи. Окрім вже згаданої Державної стратегії протидії ВІЛ/СНІДу до 2030 року, імплементується також низка наказів МОЗ щодо порядку тестування, ведення медичної документації, організації АРТ та профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. Важливим елементом стала «Fast-Track» ініціатива, до якої Київ приєднався, взявши на себе політичне зобов'язання завершити епідемію СНІДу до 2030 року, що підтверджується матеріалами UNAIDS і відповідними комюніке міської влади.

Дані ЦГЗ та регіональних департаментів охорони здоров'я свідчать, що на 1 листопада 2023 року в Україні було офіційно зареєстровано 158 803 випадки ВІЛ-інфекції та 48 908 випадків СНІДу, з них лише у 2023 році – 9 769 нових випадків ВІЛ та 2 738 випадків СНІДу. Щомісячна статистика вказує, що впродовж 2023 року реєстрували приблизно 900-1 000 нових випадків ВІЛ на місяць: наприклад, у листопаді 2023 року – 948 випадків ВІЛ та 1 433 випадки

туберкульозу, у жовтні – 960 нових ВІЛ-випадків і 274 діагнози СНІДу, у вересні – 1 002 нові випадки [3].

Структура шляхів передачі демонструє, що домінує статевий шлях (понад 70% випадків у 2023-2025 роках), тоді як парентеральний шлях через ін'єкційне вживання наркотиків зберігається, але поступово зменшує свою питому вагу, що відображають бюлетені ЦГЗ за 2023–2025 роки. При цьому у 2025 році середньомісячна кількість нових випадків ВІЛ коливається від 600 до 800, що відображає певне зниження порівняно з довоєнними роками, але частково може пояснюватися міграцією, окупацією територій і труднощами доступу до тестування.

Суттєву роль у профілактиці ВІЛ і туберкульозу відіграє інституційна взаємодія державних органів із громадськими організаціями та міжнародними фондами, однак навіть для аналізу їх діяльності важливо розуміти формально-правовий контекст: участь неурядових структур у виконанні державних програм прямо закріплена в Стратегії протидії ВІЛ/ТБ, у планах заходів щодо розвитку громадського здоров'я та численних регіональних програмах. Саме завдяки цьому механізму більшість послуг з профілактики для ключових груп (люди, які вживають наркотики, секс-працівники, чоловіки, які мають секс із чоловіками, ув'язнені) реалізується через мережу неурядових організацій за кошти Глобального фонду та інших донорів, але в рамках національних стратегічних документів.

Нормативно-правова база профілактики наркоманії в Україні ґрунтується насамперед на Законі «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», який визначає порядок контролю за обігом наркотиків, відповідальність за порушення правил, систему ліцензування та роль Держлікслужби й інших органів. На основі цього закону побудовано підзаконну базу щодо призначення опіоїдної замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), застосування контрольованих препаратів у медичних цілях, організації наркологічної допомоги [7].

Першою рамковою стратегією стала Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, яка закріпила інтегрований і збалансований підхід – поєднання репресивних і профілактичних заходів, розвитку лікування та реабілітації.

З 2025 року ухвалено нову Державну стратегію наркополітики до 2030 року, яка продовжує попередню політику, але робить суттєвий акцент на популяризації здорового способу життя, зменшенні попиту на наркотики шляхом розвитку профілактичних послуг, ресоціалізації та доступу до контрольованих лікарських засобів, включаючи ЗПТ. Документ також передбачає посилення системи епідеміологічного моніторингу вживання наркотиків, що критично важливо для оцінки ефективності публічної політики.

Емпіричні дані свідчать, що в Україні наркосцена зазнала значних змін під впливом війни. Доповіді UNODC та аналітичні звіти міжнародних організацій вказують, що до повномасштабного вторгнення український ринок нелегальних наркотиків був великим і добре організованим, а після 24 лютого 2022 року відбулося короточасне падіння обсягів, однак згодом трафік адаптувався, використовуючи нові логістичні ланцюги та корупційні практики.

За даними «Звіту про наркотичну ситуацію в Україні» за 2024 рік, серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно, поширеність ВІЛ знизилася з 22,6% до 20,3%, що пов'язують із розширенням програм обміну шприців, ЗПТ і доступу до АРТ [7]. Водночас рівень інформованості про лікування залишається недостатнім: понад половина респондентів молодше 25 років не знають про наявні програми допомоги.

Національний звіт щодо наркотиків та алкоголю за 2022 рік, підготовлений відповідно до індикаторів EMCDDA, вказує, що серед підлітків 15-17 років зберігається певний рівень експериментального вживання психоактивних речовин і алкоголю, що потребує цілеспрямованих шкільних та молодіжних програм профілактики.

Алкоголізм залишається одним із найбільш поширених проявів соціально небезпечної поведінки. Дослідження українських науковців

свідчать, що понад 700 тис. людей в Україні страждають від алкоголізму, при цьому країна входить до числа лідерів у світі за втраченими роками життя, зумовленими вживанням алкоголю; значна частина споживання припадає на «тіньовий» алкоголь – близько 5 літрів чистого спирту на особу на рік.

Огляд поведінки та ставлення до алкоголю, проведений ВООЗ, показав, що 15% нинішніх споживачів алкоголю повідомили про шкідливі наслідки для здоров'я, 6,2% – про негативний вплив на матеріальне становище, а 23,5% відзначили один чи більше психосоціальних наслідків (почуття провини, порушення виконання обов'язків, проблеми з пам'яттю). Майже половина (48,3%) респондентів повідомили про споживання нетаксованого (домашнього або нелегально виробленого) алкоголю [24].

Нормативно ця сфера регулюється Законом «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, рідин для електронних сигарет та пального» (№ 481/95-ВР з численними змінами) та новішим Законом № 3817-ІХ від 18.06.2024, який оновлює правила регулювання виробництва й обігу спирту, біоетанолу, алкоголю, тютюнових виробів і рідин для електронних сигарет, посилюючи контроль і наближаючи нормативи до європейських [21].

Важливе місце в профілактиці як наркоманії, так і алкоголізму посідає законодавство про тютюн і пов'язані продукти, оскільки політика зменшення попиту часто розглядається комплексно. Закон України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення» від 2005 року (№ 2899-ІV), багаторазово оновлений до 2025 року, закріплює обмеження реклами, заборону куріння в громадських місцях, вимоги до попереджувальних написів, а також доповнюється нормами щодо електронних сигарет та систем нагрівання тютюну [33].

Хоча цей закон спрямовано насамперед проти тютюнопаління, він є частиною ширшої профілактичної рамки, яка впливає на формування здорових

стилів життя та скорочення сукупного ризику захворюваності, включно з тими хворобами, що мають соціально небезпечний характер.

1.2 Інституційні підвали профілактики соціально небезпечних хвороб

У 2025 році додаткову рамку для профілактики всіх соціально значущих хвороб, у тому числі туберкульозу, ВІЛ-інфекції, наркоманії та алкоголізму, створила Стратегія розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року, схвалена розпорядженням КМУ № 34-р від 17.01.2025. Стратегія декларує мету забезпечити якісну, доступну і безоплатну медичну допомогу, а серед пріоритетів – розвиток громадського здоров'я, профілактики, інтеграції послуг з лікування ТБ і ВІЛ у загальну мережу, психічне здоров'я та протидія залежностям [6]. Цим документом уряд зобов'язав міністерства, центральні органи виконавчої влади та обласні військові адміністрації враховувати положення Стратегії під час формування власних програм, що формально зміцнює горизонтальну координацію у сфері профілактики соціально небезпечних хвороб.

Інституційно реалізація публічної політики профілактики спирається на кілька ключових рівнів. На національному рівні – це Міністерство охорони здоров'я як орган політичного та нормативного керівництва; ЦГЗ як технічний та аналітичний центр, відповідальний за епідгляд, моніторинг і комунікацію; Національна служба здоров'я як фінансовий оператор; Міністерство соціальної політики, Міністерство внутрішніх справ, Державна кримінально-виконавча служба, які відповідають за соціальні послуги, роботу з уразливими групами та профілактику у місцях несвободи.

На регіональному та місцевому рівнях – департаменти охорони здоров'я ОДА/ВЦА, центри первинної медико-санітарної допомоги, протитуберкульозні заклади, обласні центри профілактики та боротьби з ВІЛ, наркологічні служби, центри психічного здоров'я. Значна частина «польової»

профілактичної роботи з ключовими групами ризику здійснюється неурядовими організаціями, які діють у правовому полі загального законодавства про громадські об'єднання та спеціальних угод із державними органами.

Незважаючи на системну нормативну базу, у 2015-2025 роках українська система профілактики соціально небезпечних хвороб стикається з низкою системних проблем. По-перше, це фрагментація програм – окремі стратегії з ВІЛ/ТБ, наркополітики, психічного здоров'я, алкоголю та тютюну не завжди інтегровані в єдину міжсекторальну політику на рівні громади. По-друге, зберігається невідповідність між задекларованими правами на доступ до профілактичних послуг і реальним фінансуванням та кадровим забезпеченням, особливо в прифронтових та деокупованих територіях. По-третє, війна призвела до руйнування частини закладів, переміщення персоналу та пацієнтів, що створює «білі плями» в епідеміологічному нагляді та ускладнює інтерпретацію статистики, яка інколи демонструє формальне зниження показників за рахунок втрати охоплення.

Висновки. Аналіз нормативно-правових та інституційних засад реалізації публічної політики профілактики соціально небезпечних хвороб в Україні у 2015–2025 роках показує, що за цей період відбувся суттєвий перехід від фрагментарних, переважно клінічно орієнтованих підходів до формування цілісної системи громадського здоров'я, заснованої на законодавчо закріплених принципах, міжсекторальній взаємодії та орієнтації на вразливі групи. Базові акти – «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон «Про захист населення від інфекційних хвороб», законодавство про державні фінансові гарантії – створили правове поле, в якому профілактика туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму стала однією з пріоритетних функцій держави.

Прийняття Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року, а також національних стратегій тестування на ВІЛ та наркополітики до 2030 року забезпечило

середньострокову рамку з чіткими цілями щодо зниження захворюваності та смертності, розширення доступу до лікування та профілактичних послуг, посилення моніторингу й оцінки [13].

Інституційно створення Центру громадського здоров'я МОЗ України, розбудова мережі епідагляду та інтеграція фінансування через НСЗУ дозволили перейти від проектної залежності від донорів до поступової відповідальності держави за сталу профілактику соціально небезпечних хвороб, хоча роль міжнародних партнерів у фінансуванні програм для ключових груп ризику залишається критично важливою.

Емпіричні дані підтверджують, що впродовж 2015-2021 років вдалося досягти значного зниження інцидентності туберкульозу, скоротити частку ін'єкційного шляху передачі ВІЛ, розширити охоплення антиретровірусною терапією й замісною терапією для людей із наркотичною залежністю, проте пандемія COVID-19 і повномасштабна війна частково нівелювали цей прогрес, викликавши тимчасове зростання показників та погіршення доступу до послуг, особливо в прифронтових регіонах. На фоні цього алкоголізм і пов'язана з ним смертність залишаються недофінансованим і нормативно менш структурованим напрямом політики, хоча дослідження ВООЗ та українських авторів показують масштабні втрати здоров'я та економічні збитки від зловживання алкоголем.

Загалом, українська модель профілактики соціально небезпечних хвороб демонструє істотний прогрес у формуванні сучасної законодавчої та інституційної основи, але для досягнення цілей до 2030 року необхідним є подальше посилення міжсекторальної координації, збільшення національного фінансування програм профілактики, інтеграція послуг на рівні громад, систематичне врахування наслідків війни та захист прав вразливих груп, без чого досягнуті успіхи у стримуванні туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркоманії й алкоголізму можуть виявитися нестійкими.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ

2.1 Роль громадських організацій та благодійних фондів в реалізації публічної політики профілактики соціально небезпечних хвороб в Україні у 2020-2025 рр.

У 2020-2025 рр. в Україні сформувалася якісно нова конфігурація публічної політики профілактики соціально небезпечних хвороб, де громадські організації та благодійні фонди фактично стали співносіями державної відповідальності за здоров'я населення. Це особливо помітно у сферах протидії туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму. З одного боку, ці хвороби мають довготривалий, хронічний характер, значну соціальну й економічну ціну; з іншого – саме вразливі групи, які найбільше потерпають від них, традиційно мають низький рівень довіри до державних інституцій.

Тому саме неурядовий сектор став ключовим посередником між органами влади, медичною системою та групами ризику, забезпечуючи реальну дієвість превентивних політик. Пандемія COVID-19, а згодом і повномасштабна війна різко посилили навантаження на систему охорони здоров'я, але водночас продемонстрували: без активної участі громадських організацій та благодійних фондів зберегти безперервність профілактичних програм в Україні було б практично неможливо.

У сфері протидії ВІЛ/СНІДу в Україні з початку 2000-х років саме громадські організації стали основними виконавцями програм, що фінансуються Глобальним фондом для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. У 2020-2025 рр. ця модель не лише збереглася, а й трансформувалася в напрямі посилення партнерства з державою. Мережа ЛЖВ «100% Життя» як найбільша пацієнтська організація координує десятки регіональних осередків і проєктів, що працюють із ключовими групами: людьми, які живуть з ВІЛ,

споживачами ін'єкційних наркотиків, працівниками комерційного сексу, чоловіками, які мають секс із чоловіками, та іншими вразливими категоріями.

На практиці саме ці організації забезпечують доступ до швидких тестів, інформаційних матеріалів, консультацій, а також супровід до державних закладів охорони здоров'я для постановки на облік та призначення антиретровірусної терапії. Важливим компонентом є аутріч-робота – виїзні мобільні бригади, які працюють у нічний час, поблизу місць скупчення груп ризику, у прифронтових громадах і в громадах, де значна частка населення переміщена. Без такої активності формально існуючі державні програми залишалися б на папері, оскільки уразливі групи просто не доходили б до кабінетів довіри чи інфекційних відділень.

У період 2020-2021 рр. суттєвим викликом для профілактики ВІЛ стала пандемія COVID-19, яка спричинила тимчасове згортання планових візитів, страх пацієнтів перед відвідуванням медичних закладів, переформатування роботи інфекційних відділень під ковід-хворих. У цих умовах громадські організації розгорнули механізми дистанційного консультування, доставки препаратів АРТ додому чи у зручні точки видачі, забезпечили роздачу самотестів і онлайн-підтримку [11].

Саме завдяки цьому вдалося уникнути масового переривання лікування, що могло б призвести до зростання смертності та розвитку резистентності до препаратів. Практика індексного тестування – коли пропонується обстеження партнерам та близьким ВІЛ-позитивної особи – теж часто реалізується через неурядові структури, що має велике значення для раннього виявлення. Прикладом є проекти в Одеській, Дніпропетровській та Київській областях, де завдяки мобільній роботі та індексному підходу щороку вдається виявляти сотні нових випадків ВІЛ серед тих, хто раніше ніколи не тестувався [6].

Повномасштабна війна з 24 лютого 2022 р. створила загрозу переривання постачання АРТ-препаратів, руйнування логістики, евакуації медичних працівників із прифронтових регіонів. Саме громадські організації, які вже мали досвід кризового менеджменту та координації з міжнародними

партнерами, змогли швидко перебудувати маршрути постачання, забезпечити створення запасів препаратів у регіональних складах, організувати передачу ліків пацієнтам у тимчасових місцях проживання, включно з закордонними локаціями.

Міжнародні структури, такі як UNAIDS, Глобальний фонд, численні благодійні фонди країн ЄС і США спрямовували гуманітарні вантажі з препаратами та витратними матеріалами в Україну саме через established-мережі НУО, оскільки вони могли швидше доставити їх до кінцевого отримувача, ніж класичні бюрократичні канали. У низці регіонів (Харківська, Херсонська, частини Донеччини та Луганщини) саме мобільні команди НУО були єдиною ланкою, яка забезпечувала безперервність терапії ВІЛ-позитивних пацієнтів у періоди активних бойових дій і масових обстрілів.

У сфері боротьби з туберкульозом громадські організації історично відігравали значну роль у запровадженні пацієнт-орієнтованих підходів, переході від суто стаціонарної моделі до амбулаторного, наближеного до громади лікування. В Україні значна частина хворих на туберкульоз – це соціально вразливі групи: люди з досвідом ув'язнення, бездомні, споживачі наркотиків, ВІЛ-позитивні, бідні верстви населення. Для них дисципліноване щоденне відвідування фтизіатра і суворе дотримання тривалої схеми лікування є складним завданням. Тому ще до 2020 р. з'явилися моделі соціального супроводу: громадські організації допомагали пацієнтам утриматися від переривання лікування, видавали мотиваційні харчові набори, транспортні ваучери, надавали психологічну підтримку. У 2020-2025 рр. ці підходи були інституційно закріплені через партнерські контракти між НСЗУ, МОЗ та НУО, а також через проєкти Глобального фонду та USAID.

Важливою тенденцією стало впровадження відеоконтрольованого лікування (VOT), коли пацієнт надсилає відео зі прийомом ліків медичному працівнику або консультанту. Саме громадські організації взяли на себе значну частину такої роботи, надаючи пацієнтам смартфони, інтернет-доступ, навчання цифровим навичкам. Це дозволило зменшити кількість незавершених

схем лікування та досягти кращих показників вилікуваності, особливо серед пацієнтів із мультирезистентним туберкульозом. У низці областей, зокрема в Одеській, Дніпропетровській та Полтавській, саме завдяки активній участі НУО в соціальному супроводі вдалося значно знизити рівень переривання лікування, а частка успішно пролікованих пацієнтів зросла, що фіксується у звітності національних програм [19].

У прифронтових регіонах, де традиційна інфраструктура фтизіатричної служби була частково зруйнована або евакуйована, мобільні команди НУО виїжджають до місць компактного проживання внутрішньо переміщених осіб, збирають мокротиння для аналізу, передають його до лабораторій, а потім допомагають пацієнтам організувати лікування і стежити за його дотриманням.

Надзвичайно важливою є роль громадських організацій та благодійних фондів у профілактиці наркоманії, зокрема в контексті замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) та програм зменшення шкоди. Україна ще до 2020 р. вважалася однією з країн регіону, які найбільш активно впроваджують програми обміну шприців, видачі презервативів, інформаційно-просвітницьких матеріалів для споживачів ін'єкційних наркотиків.

У 2020-2025 рр. ці програми значною мірою реалізуються через НУО, які мають довіру спільнот, працюють у середовищі споживачів і допомагають їм контактувати з медичною системою. Зокрема, у великих містах України (Київ, Харків, Дніпро, Одеса, Львів) діють низькопорогові центри, де люди можуть отримати чисті шприци, консультацію, направлення на тестування щодо ВІЛ, вірусних гепатитів і туберкульозу, а також почати ЗПТ на базі державних закладів [8].

Замісна підтримувальна терапія, що в Україні базується переважно на використанні метадону та бупренорфіну, реалізується як державна програма, але такі компоненти як мотивація, соціальний супровід, робота з родинами пацієнтів, адвокація спрощення дозвільних процедур часто забезпечуються саме громадськими організаціями. У період повномасштабної війни, коли багато пацієнтів на ЗПТ були змушені переміщуватися, а частина

наркологічних кабінетів – закриватися або евакуюватися, НУО стали каналом оперативного інформування про нові місця видачі препаратів, допомагали оформлювати перенаправлення, зменшувати ризик перерви в терапії, яка може призвести до рецидивів вживання нелегальних наркотиків, передозувань та загострення супутніх хвороб. На додаток, з'явилися проєкти, спрямовані на поєднання ЗПТ із психологічною підтримкою ветеранів і військовослужбовців, які мають досвід вживання психоактивних речовин, де громадські організації співпрацюють із ветеранськими об'єднаннями та службами реабілітації.

У сфері профілактики алкоголізму роль громадських організацій і благодійних фондів має дещо іншу специфіку. На відміну від ВІЛ/СНІДу чи туберкульозу, державні програми щодо алкоголю в Україні є менш системними, а законодавче поле зосереджене радше на регулюванні ринку алкогольних напоїв, ніж на комплексній профілактиці з точки зору громадського здоров'я.

У цих умовах саме НУО та релігійно орієнтовані благодійні організації часто виступають ініціаторами програм первинної та вторинної профілактики алкоголізму: це і робота з молоддю, і створення реабілітаційних центрів, і програми «12 кроків», і кампанії щодо відповідального ставлення до алкоголю. У багатьох громадах такі організації співпрацюють з місцевими відділами освіти, центрами соціальних служб, лікарнями, проводячи лекції, тренінги, сімейні консультації. В окремих регіонах реалізовувалися проєкти, де громадські організації спільно з місцевою владою розробляли й запроваджували локальні програми щодо зменшення «алкогольної доступності» для молоді – через обмеження місць продажу, заборону реклами або соціальні кампанії.

Повномасштабна війна, яка призвела до масового психологічного стресу, травматизації, втрат, логічно підвищила ризики зростання зловживання алкоголем серед різних категорій населення – від внутрішньо переміщених осіб до військовослужбовців у період ротацій. На цьому тлі благодійні фонди, що працюють у сфері психічного здоров'я, стали розвивати програми комплексної

реабілітації, де профілактика алкоголізму входить до ширшого блоку підтримки психічного благополуччя. Формат «peer-to-peer» – взаємна підтримка людей з власним досвідом залежності – широко використовується саме НУО, оскільки у воєнних умовах люди часто більше довіряють тим, хто пройшов подібний шлях. У деяких громадах при підтримці міжнародних донорів запроваджено групові програми для родин військових, де особлива увага приділяється темам уникнення саморегуляції за рахунок алкоголю, виявлення ранніх ознак залежності, навичкам ненасильницької комунікації в сім'ї.

Участь громадських організацій та благодійних фондів у профілактиці соціально небезпечних хвороб в Україні в 2020-2025 рр. має кілька ключових вимірів: сервісний, адвокаційний, освітній та координаційний [5]. Сервісний вимір полягає в тому, що НУО фактично інтегровані у ланцюжок надання медичних і соціальних послуг. Вони забезпечують «останню милю» – від контакту з людиною на вулиці або онлайн до її приходу в кабінет лікаря, проходження діагностики, початку і завершення лікування. У випадку ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркозалежності цей компонент є визначальним, адже без довіри з боку пацієнта та готовності обговорювати стигматизовані теми офіційні програми профілактики залишаються малоефективними.

Адвокаційний вимір проявляється у тому, що громадські організації й фонди активно впливають на формування та зміну публічної політики. Саме вони просували ідеї декриміналізації певних аспектів поведінки, змін до Кримінального та Адміністративного кодексів у частині відповідальності за споживання наркотиків, реформування наркологічної служби, впровадження принципів «nothing about us without us» щодо людей, які живуть з ВІЛ чи які вживають наркотики. НУО беруть участь у громадських радах при МОЗ, НСЗУ, обласних департаментах охорони здоров'я, готують альтернативні проекти нормативних актів, проводять кампанії в медіа, організують публічні обговорення. Важливим інструментом є моніторинг виконання державних програм; коли НУО фіксують недофінансування, відсутність

препаратів, «мертві душі» в звітності – це стає предметом публічної дискусії і змушує владу коригувати політику.

Освітній вимір реалізується через масові інформаційні кампанії, тренінги, лекції, розповсюдження друкованих та онлайн-матеріалів. Особливу увагу в 2020–2025 рр. приділяли молоді, підліткам, студентам, які перебувають у зоні ризику щодо початку вживання алкоголю та наркотиків, а також можуть бути вразливими до інфікування ВІЛ і туберкульозом. Громадські організації співпрацювали з закладами освіти, центрами зайнятості, молодіжними центрами, військкоматами, організовували інтерактивні заходи, де профілактика подавалася не у вигляді моралізаторства, а як поєднання корисної інформації з навичками безпечної поведінки. Під час війни частина цих активностей перейшла в онлайн-формат, з використанням соцмереж, месенджерів, платформ для дистанційного навчання, що дозволило охопити молодь з різних регіонів, включно з тими, де ведуться активні бойові дії.

Координаційний вимір стосується взаємодії між різними стейкхолдерами: державними органами, місцевим самоврядуванням, міжнародними партнерами, медичними закладами, освітніми установами, соціальними службами. У багатьох випадках саме громадські організації взяли на себе функції «інтегратора», створюючи робочі групи, платформи для діалогу, спільні коаліції щодо протидії ВІЛ, туберкульозу, наркозалежності.

Класичним прикладом є регіональні координаційні ради з питань ВІЛ/ТБ, де представники НУО мають рівноправний голос з чиновниками й медиками. У воєнних умовах координаційна роль НУО лише посилилася: необхідно було оперативнo узгоджувати евакуацію пацієнтів, перенесення програм, перерозподіл гуманітарних вантажів, адаптацію маршрутів доступу до послуг у нових географічних і демографічних умовах.

Разом з тим, участь громадських організацій і благодійних фондів у реалізації публічної політики профілактики соціально небезпечних хвороб не позбавлена проблем і викликів. Однією з головних є нестабільність фінансування. Значна частина профілактичних програм – особливо щодо

ВІЛ/СНІДу, туберкульозу і наркозалежності – традиційно фінансується за рахунок міжнародних донорів (Глобальний фонд, програми ЄС, двосторонні агенції допомоги) [7]. Хоча в останні роки Україна поступово збільшувала власний внесок у фінансування таких програм, однак війна створила додатковий тиск на бюджет, і ризик скорочення видатків на профілактику є постійним. Для НУО це означає необхідність диверсифікувати джерела ресурсів, конкуренцію за гранти, складні бюрократичні процедури звітності. Відсутність довгострокових контрактів ускладнює планування, призводить до плинності кадрів, втрати досвідчених фахівців.

Другим важливим викликом є питання стійкості результатів і інституційної інтегрованості НУО в систему охорони здоров'я. Часто громадські організації залишаються «паралельною реальністю»: вони виконують критично важливу роботу, але юридично розглядаються як «підрядники», а не як рівноправні партнери в системі публічної політики. Це створює ризик ситуації, коли зі зміною донорських пріоритетів або керівництва в органах влади співпраця згасає, а напрацьовані практики не підлягають інституціоналізації. Особливо це актуально для малого та середнього НУО-сектору в регіонах, які часто не мають достатнього адміністративного ресурсу для участі у великих тендерах і конкурсах, але виконують важливу роботу «в полі».

Третій блок проблем пов'язаний із правовим та регуляторним середовищем. Деякі аспекти діяльності НУО, пов'язані зі зменшенням шкоди, досі стикаються з нерозумінням або супротивом з боку частини правоохоронних органів, медичних працівників, політиків і громадськості. Обмін шприців, роздача презервативів, консультативна робота зі споживачами наркотиків іноді сприймаються як «заохочення» до ризикованої поведінки, що призводить до стигматизації програм та їх учасників. Громадські організації змушені витрачати значні ресурси на пояснювальну роботу, адвокацію та правовий захист, замість концентруватися виключно на сервісних функціях. У воєнний час додатковим фактором стає посилений контроль за обігом

медичних препаратів, переміщенням громадян, обмеження щодо роботи окремих закладів, що також впливає на гнучкість і швидкість реалізації програм.

Певні виклики пов'язані й з нерівномірністю розвитку НУО-сектора між регіонами. У великих містах, традиційних центрах активізму – Києві, Харкові, Дніпрі, Львові, Одесі – діє потужна мережа громадських організацій з багаторічним досвідом, міжнародними партнерами, налагодженими комунікаціями з владою.

Натомість у малих громадах, особливо прифронтових, можливості місцевого НУО-сектора обмежені; там часто працюють лише поодинокі організації, які охоплюють широкий спектр проблем, і профілактика соціально небезпечних хвороб є лише одним із напрямків їхньої діяльності. Це створює ризики «географічної нерівності» доступу до профілактичних послуг, коли мешканці невеликих громадах мають менше шансів отримати якісну допомогу, ніж жителі мегаполісів.

Разом з тим, попри зазначені проблеми, у 2020-2025 рр. саме діяльність громадських організацій і благодійних фондів дозволила Україні зберегти відносну керованість епідемії ВІЛ та туберкульозу, уникнути повного краху програм замісної терапії та зменшення шкоди, розвивати інноваційні практики в роботі з людьми, що мають залежності від алкоголю й наркотиків. Їхній внесок проявляється не лише у кількісних показниках – кількості протестованих, охоплених профілактикою, пролікованих – а й у зміні культури взаємодії між державою і громадянами, утвердженні підходів, заснованих на правах людини, недискримінації, доказовій медицині.

Отже, участь громадських організацій та благодійних фондів у реалізації публічної політики профілактики соціально небезпечних хвороб в Україні в 2020–2025 рр. є системоутворювальним фактором, без якого неможливо уявити функціонування сучасної моделі охорони здоров'я. У сферах ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, наркоманії й алкоголізму НУО виступають не допоміжним, а повноцінним партнером держави, який забезпечує доступ до

вразливих груп, довіру й мотивацію пацієнтів, соціальний супровід, адвокацію прав людини та адаптацію політик до реальних потреб спільнот. Саме завдяки їхній роботі Україна змогла в умовах пандемії COVID-19 та повномасштабної війни уникнути колапсу профілактичних програм, швидко адаптувати маршрути пацієнтів, впровадити гнучкі механізми доставки ліків і дистанційної підтримки.

Важливим результатом активності громадських організацій та фондів є посилення гуманітарного та пацієнт-орієнтованого виміру в публічній політиці. Програми профілактики ВІЛ/СНІДу та туберкульозу дедалі більше ґрунтуються на принципах рівного доступу, конфіденційності, добровільності тестування, інформованої згоди, участі самих пацієнтів у прийнятті рішень.

У роботі з наркозалежними та людьми з алкогольною залежністю поступово відходять від каральної парадигми до підходів зменшення шкоди, комплексної реабілітації, інтеграції з програмами психічного здоров'я й соціальної підтримки. Усе це значною мірою є заслугою НУО-сектора, який послідовно відстоює принципи «нічого для нас без нас» і «leave no one behind», акцентуючи на тому, що кожна людина, незалежно від способу життя, має право на повагу та доступ до якісної медичної допомоги.

Разом із тим, стійкість досягнутих результатів у середньостроковій перспективі залежатиме від здатності держави й надалі інтегрувати громадські організації та благодійні фонди в систему охорони здоров'я на інституційному рівні. Потрібні довгострокові механізми фінансування, включення НУО у планування й оцінку національних і регіональних програм, спрощення процедур закупівель і контракування послуг, а також формування сприятливого правового середовища, вільного від надмірної стигматизації та криміналізації вразливих груп. Без таких кроків існує ризик фрагментації, коли окремі успішні проєкти не перетворюються на сталі політики, а залежність від зовнішніх донорів дає про себе знати скороченням програм після завершення грантів.

Перспективним напрямком є розширення партнерства між НУО, органами місцевого самоврядування та закладами охорони здоров'я в контексті децентралізації та повоєнної відбудови. Саме на рівні громад вирішується, наскільки реальною є доступність профілактичних послуг, чи працюють мобільні бригади, чи функціонують групи взаємодопомоги, чи забезпечуються потреби внутрішньо переміщених осіб, ветеранів, родин загиблих.

В умовах обмежених ресурсів і численних гуманітарних викликів союз муніципалітетів і сильного НУО-сектора може стати ключовою запорукою того, що профілактика соціально небезпечних хвороб не буде відсунута на периферію уваги, а залишатиметься інтегрованою складовою політики громадського здоров'я.

Таким чином, роль громадських організацій та благодійних фондів у реалізації публічної політики профілактики туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму в Україні у 2020–2025 рр. можна охарактеризувати як критичну і незамінну. Вони забезпечують зв'язок між державою та суспільством, між медичною системою та вразливими групами, між глобальними донорами та конкретними людьми, які щодня потребують підтримки.

Подальше зміцнення цього партнерства, інституційне закріплення успішних практик, розвиток регіональних НУО, розширення програм у прифронтових і постконфліктних громадах мають стати одним із пріоритетів повоєнної стратегії відновлення системи охорони здоров'я й громадського здоров'я України. Без такого підходу ризики відкату в епідеміях соціально небезпечних хвороб залишатимуться високими, тоді як зміцнення громадянського суспільства й державно-громадського партнерства дає реальний шанс зберегти людський потенціал країни в найскладніший період її сучасної історії.

2.2 Кращі іноземні практики профілактики соціально небезпечних хвороб

Закордонний досвід профілактики соціально небезпечних хвороб у країнах Європейського Союзу впродовж 2015–2025 рр. формувався під впливом поєднання трьох чинників: довгострокових міжнародних зобов'язань (Цілі сталого розвитку, глобальні стратегії ВООЗ), регіональних рамкових документів (політика ЄС, регіональні плани дій ВООЗ/Європа) та національних реформ у сфері охорони здоров'я, соціальної політики й безпеки.

З погляду профілактики туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму цей досвід можна охарактеризувати як поступовий перехід від вузько медичної логіки «боротьби з хворобою» до широкого підходу «зменшення шкоди», орієнтованого на права людини, зменшення стигми й інтеграцію послуг у первинну та громадську ланку медицини. Важливу роль відіграє і те, що ЄС з 2016 р. системно підтримує цілі зі «завершення епідемій» ВІЛ і туберкульозу до 2030 р. і включає їх до «Next steps for a sustainable European future» та інших стратегічних документів, що задають політичну рамку для дій держав-членів [2].

У сфері туберкульозу ЄС/ЄЗ у 2015 р. уже перебував на етапі відносно низького, але все ще значущого рівня захворюваності. За даними ECDC, у 2015 р. в 30 країнах ЄС/ЄЗ було зареєстровано 60 195 випадків туберкульозу, а показник сповіщуваності становив 11,7 випадку на 100 тис. населення; при цьому темпи зниження захворюваності у 2011-2015 рр. становили в середньому 5,3 % на рік [21].

У наступні роки до пандемії COVID-19, зокрема до 2019 р., спостерігалася подальша стабільна тенденція до зниження, коли в 29 країнах ЄС/ЄЗ було зареєстровано 47 504 випадки туберкульозу з показником 9,2 на 100 тис. населення. Однак пандемія порушила профілактичні програми, знизила обсяги скринінгу й діагностики, що призвело до тимчасового зростання захворюваності у 2020-2022 рр., після чого в 2023 р. в 29 країнах

ЄС/ЄЕЗ було виявлено вже 38 993 випадки із показником 8,6 на 100 тис. населення.

Попри загальну позитивну динаміку, особливе занепокоєння викликає дитячий та підлітковий туберкульоз: за даними спільного звіту ECDC і ВООЗ, у 2023 р. діти до 15 років становили 4,3 % нових та рецидивних випадків у європейському регіоні, причому порівняно з 2022 р. кількість педіатричних випадків зросла на 10 % [32].

Європейський підхід до профілактики туберкульозу в 2015–2025 рр. спирався на регіональний План дій із туберкульозу ВООЗ для Європейського регіону 2016–2020 рр., а пізніше – на оновлені плани до 2030 р., які вимагали від країн формування міжсекторальної політики з акцентом на ранньому виявленні, контроль мультirezистентних форм, інтеграцію послуг для мігрантів та інших вразливих груп. У практичній площині це вилилося в низку комплексних програм: у країнах Балтії та Румунії впроваджувалися інтенсивні стратегії скринінгу й підтримки прихильності до лікування, включно з DOT-підходом (directly observed treatment), соціальним супроводом, стимулюючими виплатами пацієнтам, а у високоризикових мігрантських групах – мобільні флюорографічні кабінети та виїзні бригади.

У Португалії, Іспанії та Італії акцент був зроблений на інтеграції протитуберкульозних послуг до загальної системи первинної медичної допомоги, що дозволяло максимально швидко виявляти симптоми на рівні сімейних лікарів, одночасно забезпечуючи контакт-трейсинг і профілактичне лікування латентної інфекції у членів сім'ї. На рівні ЄС значної уваги надавали групам мігрантів і біженців: ВООЗ/Європа розробила спеціальні рекомендації щодо доступу цих груп до послуг із ТБ і ВІЛ, підкреслюючи необхідність відмови від практик, які відлякують людей (зв'язування скринінгу з депортаційними процедурами, криміналізація відмови від обстеження тощо).

Важливим є і послідовний акцент на боротьбі з мультirezистентним ТБ через централізоване закупівлю нових препаратів (бедаквілін, деламанід), стандартизовані короткі режими лікування, розвиток мережі референтних

лабораторій у країнах ЄС/ЄЗ. При цьому оцінки ECDC свідчать, що відсоток лабораторно підтверджених випадків і лікувальний успіх у державах-членах загалом є вищими, ніж середній по регіону, але потребують зусиль у країнах із високою часткою соціально вразливих груп, де нерідко фіксується нижча прихильність до лікування.

Щодо ВІЛ/СНІДу, то політика профілактики в ЄС за десятиріччя 2015–2025 рр. демонструє поєднання стабілізації епідемії з одного боку й наголосу на «невидимому резервуарі» недіагностованих випадків – з іншого. У 2015 р. у 31 країні ЄС/ЄЗ було зареєстровано 29 747 нових діагнозів ВІЛ-інфекції, що відповідало показнику 5,8 випадку на 100 тис. населення, а після корекції на затримку звітності – 6,3 випадку на 100 тис. [14]

За оцінками ECDC і дослідників, приблизно 122 тис. людей у ЄС/ЄЗ у 2015 р. жили з недіагностованою ВІЛ-інфекцією (близько 15 % від усіх людей, які живуть з ВІЛ), а середня тривалість періоду від інфікування до діагностики становила близько 3,8 року. Протягом наступних років рівень діагностованих випадків у ЄС/ЄЗ дещо зменшився: за даними звіту «HIV/AIDS Surveillance in Europe 2025 – 2024 data», у 2024 р. показник становив 5,3 випадку на 100 тис. населення, що означає зниження на 14,5 % порівняно з 6,2 випадку на 100 тис. у 2015 р. Водночас зберігаються структурні проблеми: понад половина нових випадків у регіоні ВООЗ/Європа й близько 48 % у ЄС/ЄЗ діагностуються на пізніх стадіях ($CD4 < 350$ клітин/мм³), що посилює смертність і ускладнює контроль за епідемією [11].

Відповіддю на ці виклики стали європейський План дій ВООЗ/Європа у сфері відповіді сектора охорони здоров'я на ВІЛ 2016–2021 рр., який задав п'ять стратегічних напрямів – інформація для фокусованих дій, інтервенції з доведеним ефектом, забезпечення рівності, сталість фінансування та інновації – і який був адаптований країнами ЄС у їхніх національних програмах. Країни впроваджували широкий спектр заходів профілактики: масштабування швидкого тестування і мобільних пунктів, рутинізацію тестування у первинній

ланці та в лікарнях, розвиток таргетованих програм серед чоловіків, які мають секс із чоловіками, мігрантів, людей, що вживають ін'єкційні наркотики.

Особливе місце посіла профілактика за допомогою доконтактної профілактики (PrEP): Франція, Бельгія, Португалія, Німеччина та інші країни в різні роки 2016-2020 рр. розширили доступ до PrEP, включивши його до системи відшкодування та розгортаючи програми в клініках та через громадські організації. У поєднанні з принципом «treatment as prevention» (ранній початок АРТ і досягнення невизначуваного вірусного навантаження) це дозволило досягти у частини країн-лідерів наближення до цілей 90-90-90, а в останні роки – навіть до 95-95-95. На рівні поведінкових програм ЄС підтримує так звану Дублінську декларацію, яка вимагає від держав-членів регулярної звітності щодо охоплення тестуванням, доступу до презервативів, замісної підтримувальної терапії та програм зменшення шкоди.

Практично це означало, що в країнах Західної і Північної Європи (Нідерланди, Данія, Швеція) профілактика ВІЛ у ключових групах стала частиною усталеної моделі співпраці держави з НГО, у той час як у Центрально-Східній Європі (країни Балтії, частково Польща, Румунія) зберігалися проблеми зі стигмою, недостатнім фінансуванням громадських сервісів та політичною поляризацією навколо питань сексуальності та вживання наркотиків.

Профілактика наркоманії та пов'язаних із нею соціально небезпечних хвороб у ЄС у 2015-2025 рр. базувалася на складному балансі між кримінально-правовими та охороноздоровчими підходами. Загальну рамку задала нова Стратегія ЄС у сфері наркотиків на 2021–2025 рр., яку Рада ЄС ухвалила як політичний документ, спрямований на забезпечення високого рівня захисту здоров'я, соціальної стабільності й безпеки.

Стратегія ґрунтується на трьох стовпах – зменшення попиту, протидія пропозиції та окремий, безпрецедентний стратегічний блок «зменшення шкоди, пов'язаної з наркотиками», що включає розвиток послуг лікування, профілактики інфекцій, зменшення смертності від передозування та

реінтеграцію людей, які вживають наркотики. Згідно з Європейським звітом про наркотики 2023 р., близько 83,4 млн дорослих (29 % населення 15-64 років) у ЄС хоча б раз у житті вживали незаконні наркотики; близько 8 % дорослих вживали канабіс упродовж останнього року, при цьому останнє десятиріччя характеризується підвищенням міцності продукту і появою численних синтетичних канабіноїдів [16].

Попри загальне зниження поширеності ін'єкційного вживання, саме воно залишається причиною непропорційно високого рівня гострих (передозування) та хронічних (ВІЛ, вірусні гепатити, бактеріальні інфекції) ускладнень. Європейське агентство з наркотиків (EUDA, колишній EMCDDA) у звітах 2024-2025 рр. фіксує, що на тлі зниження ін'єкційного вживання опіоїдів зросла доступність синтетичних стимуляторів, кокаїну та нових психоактивних речовин, що створює «мінливий ландшафт» ризиків; у 2023 р. було вилучено 37 тонн синтетичних катінонів, а ринок кокаїну в окремих країнах, зокрема у Франції, зріс у грошовому вимірі в кілька разів порівняно з 2010 р.

Паралельно Європа активно розбудовує систему програм зменшення шкоди: за даними Європейського звіту про наркотики 2025 р., майже в усіх країнах ЄС функціонують програми замісної підтримувальної терапії опіоїдними агоністами (метадон, бупренорфін тощо), у дев'яти державах-членах працюють кімнати контролюваного вживання (drug consumption rooms, DCR), а в більшості країн поширюються програми видачі налоксону для запобігання смертності від передозування.

У практиці профілактики наркоманії та пов'язаних інфекцій найбільш відомим є «португальський досвід» декриміналізації вживання всіх наркотиків із початку 2000-х років, який упродовж 2015-2025 рр. досі надихає частину європейських урядів на пошук більш гуманістичних моделей. Поведінка ринку наркотиків водночас змінюється: у низці країн (Франція, Бельгія, Нідерланди) спостерігається різке зростання доступності кокаїну та синтетичних

стимуляторів, що вимагає розширення профілактичних програм у нічних клубах, фестивалях, серед молоді [11].

Досвід німецьких та нідерландських міст (Берлін, Франкфурт, Амстердам) показує, що поєднання DCR, outreach-роботи, програм drug checking (аналіз складу речовин для споживачів), масштабного обміну шприців і соціального супроводу дозволяє одночасно зменшувати смертність від передозувань, зараження ВІЛ і гепатитами та знижувати рівень «вуличного» вживання й пов'язаних конфліктів. Характерною особливістю європейської моделі є участь муніципалітетів та громадських організацій як провідних провайдерів послуг, при підтримці національних та європейських фондів механізмів.

Профілактика алкоголізму та шкідливого вживання алкоголю в ЄС 2015–2025 рр. відбувалася на фоні дуже високої, але поступово знижуваної загальної потреби в алкоголі. За даними ВООЗ та ЄС, середній рівень споживання алкоголю в ЄС/Європі в останнє десятиліття коливався навколо 9,8 л чистого алкоголю на дорослого на рік, при цьому європейський регіон залишається регіоном із найвищим рівнем споживання алкоголю у світі: у 2019 р. середній показник становив 9,2 л на особу 15+ років, а чоловіки споживали майже вчетверо більше за жінок (14,9 проти 4,0 л) [42].

У 2016 р. ВООЗ/Європа оновила Європейський план дій із зменшення шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр., що задав країнам перелік із десяти основних напрямів: контроль доступності (вік, години та місця продажу), цінова політика (акцизи, мінімальні ціни), обмеження маркетингу, заходи проти керування автотранспортом у стані сп'яніння, інтеграція коротких скринінгових і мотиваційних інтервенцій у первинній ланці та ін.

Національний досвід окремих країн ЄС демонструє ефективність поєднання «твердих» регуляторних заходів із медичними й освітніми програмами. У Литві та Ірландії в 2010-х роках були ухвалені жорсткі закони щодо реклами, спонсорства і доступності алкоголю, а також підвищені акцизи; у 2010–2020 рр. обидві країни забезпечили зниження споживання більш ніж на

2,1 л на особу, що стало одним із найсуттєвіших покращень у ЄС. ([euronews](#)) У Німеччині, де рівень споживання традиційно перевищував середньоєвропейський (10,6 л проти 9,8 л у 2019 р.), продовжується дискусія щодо посилення акцизів, обмеження маркетингу та створення чіткіших попереджувальних маркувань, зважаючи на те, що на рівні ЄС алкоголь асоціюється приблизно з 800 тис. смертей щороку і 8-9 % усіх смертей у регіоні. Сучасним трендом 2020-х років стали й ініціативи з нанесення на алкогольні напої попереджувальних написів про ризики раку, які першою системно впроваджує Ірландія, а також активне просування ВООЗ позиції про те, що «безпечного рівня вживання алкоголю не існує» [43].

У медичній практиці країни поступово розширюють застосування скринінгу й коротких інтервенцій (screening and brief interventions, SBI) у первинній ланці, що прямо рекомендується Європейським планом дій. Дослідження свідчать, що впровадження SBI в країнах, як-от Італія, дозволяє знижувати рівень високоризикового вживання в частини пацієнтів без значного збільшення витрат для системи охорони здоров'я. Водночас досвід підтверджує, що лише на «м'яких» заходах результату досягти неможливо: держави, які поєднують цінові, регуляторні та медичні інтервенції (Литва, Ірландія, Фінляндія) демонструють більш виразне зниження споживання та алкоголь-асоційованої смертності порівняно з країнами з ліберальнішою політикою (Чехія, Латвія, частково Іспанія).

Узагальнюючи досвід ЄС щодо профілактики туберкульозу, можна стверджувати, що ключову роль відіграло поєднання чітких епідеміологічних цілей, підтриманих ВООЗ і ЄС (End TB до 2035 р.), із систематичним моніторингом через щорічні спільні звіти ECDC/ВООЗ та наявністю регіонального плану дій. Вихідним пунктом була ситуація, коли в 2015 р. показник сповіщуваності становив 11,7 на 100 тис., а впродовж 2011–2015 рр. спостерігалось 5,3-відсоткове щорічне падіння [39].

Протягом десятиліття країни інвестували у зміцнення лабораторної бази, ранню діагностику, лікування латентної інфекції, покращення доступу

мігрантів і бездомних до послуг, водночас намагаючись утримувати політичну увагу й фінансування. Попри тимчасовий негативний вплив пандемії COVID-19, у 2023 р. ЄС/ЄЗ підійшов до рівня 8,6 випадку на 100 тис., що наближає регіон до порогу «низької захворюваності», але вимагає особливої уваги до дитячого туберкульозу й мультирезистентних форм, які демонструють нові хвилі зростання.

У сфері ВІЛ/СНІДу європейська модель профілактики показує одночасно й успіхи, і обмеження. З одного боку, за 2015–2024 рр. ЄС/ЄЗ забезпечив загальне зниження показника нових діагнозів з близько 6,2 до 5,3 на 100 тис. населення (мінус 14,5 %), значно розширив доступ до АРТ і PrEP, а в ряді країн – досяг майже повної вірусної супресії серед тих, хто лікується. З іншого боку, високий рівень пізньої діагностики (близько половини випадків), географічні й соціальні нерівності, стигма та дискримінація ключових груп зберігають значний резервуар недіагностованих інфекцій, про що свідчать оцінки щодо понад 120 тис. людей з недіагностованим ВІЛ у 2015 р. і поточні попередження ВОЗ/Європа про «приховану кризу». Інституційно європейський досвід доводить, що найуспішніші країни – це ті, які зробили ставку на тісну співпрацю з НГО, впровадження правозахисного, а не карального підходу до ключових груп, а також інтеграцію ВІЛ-профілактики в ширший контекст сексуального та репродуктивного здоров'я і контролю інших ІПСШ [40].

Аналізуючи досвід ЄС у профілактиці наркоманії, можна констатувати, що стратегія 2021–2025 рр. закріпила на найвищому політичному рівні те, що давно відпрацьовано в практиці окремих країн: наркотична політика має базуватися на балансі між безпекою та охороною здоров'я, а зменшення шкоди – бути таким самим пріоритетом, як і боротьба з пропозицією. Європейський досвід свідчить, що наявність широкої мережі замісної терапії, DCR, програм обміну шприців, видачі налоксону й низькопорогових соціальних сервісів дозволяє не тільки знижувати рівень ВІЛ і вірусних гепатитів серед людей, які

вживають наркотики, а й зменшувати смертність від передозування та соціальну напругу в міському просторі.

Водночас останні роки показали, що ринок наркотиків швидко адаптується: зростання частки синтетичних катіонів, високочистого кокаїну й нових психоактивних речовин, про що попереджають EUDA та національні обсерваторії, вимагає постійного оновлення підходів, удосконалення системи раннього попередження та посилення міждержавної координації. Важливий урок для інших країн полягає в тому, що криміналізація споживачів наркотиків без розвитку послуг зменшення шкоди не лише не знижує захворюваність, а й часто погіршує ситуацію, тоді як гуманістичні моделі, підтримані доказовою базою, можуть приносити як епідеміологічні, так і соціальні дивіденди.

Щодо профілактики шкідливого вживання алкоголю, Європа наочно демонструє, що, попри десятиліття політик, регіон залишається «найпитушим» у світі: середні 9,2–9,8 л чистого алкоголю на дорослого впродовж 2010-2020 рр. є надзвичайно високим рівнем, асоційованим із близько 800 тис. смертей щороку. Проте досвід окремих країн (Ірландія, Литва, Фінляндія) доводить, що комплекс «найкращих куп» – підвищення акцизів, обмеження доступності, жорсткий контроль маркетингу, мінімальні ціни, ефективний контроль керування в стані сп'яніння та активна інформаційна політика – дозволяє за десятиліття досягати зниження споживання на 15-20 % і істотно скорочувати алкоголь-асоційовану смертність [41]. Це підтверджує, що ключовими є політична воля, готовність протистояти впливу алкогольної індустрії та довгострокова стабільність політики: тимчасові або половинчасті заходи не дають сталих результатів.

Підсумовуючи закордонний досвід профілактики соціально небезпечних хвороб у ЄС у 2015–2025 рр., можна сформулювати кілька узагальнених висновків, важливих для країн, що прагнуть адаптувати ці практики.

По-перше, успішна профілактика туберкульозу, ВІЛ, наркоманії та алкоголізму потребує чітких, вимірюваних цілей, закріплених у стратегічних

документах (плани дій ВООЗ, стратегії ЄС) і підкріплених регулярним незалежним моніторингом.

По-друге, найкращі результати демонструють ті моделі, де медичні інтервенції поєднані із сильними соціальними та правозахисними компонентами: доступом вразливих груп до послуг без страху переслідування, боротьбою зі стигмою, підтримкою НГО та спільнот, які безпосередньо працюють з людьми, що належать до груп ризику.

По-третє, у сфері наркотиків та алкоголю саме структурні політики – ціна, доступність, регулювання маркетингу, наявність низькопорогових сервісів – мають найбільший профілактичний ефект, тоді як суто освітні кампанії без зміни середовища впливу переважно є недостатніми.

По-четверте, досвід COVID-19 показав, наскільки крихкими можуть бути досягнення, якщо системи профілактики не мають резервів стійкості: збої в діагностиці й лікуванні ТБ, переорієнтація ресурсів з ВІЛ-програм, зміни у поведінці щодо алкоголю й наркотиків під час локдаунів засвідчили потребу в кризовому плануванні.

Нарешті, по-п'яте, ЄС демонструє, що довгострокове зниження тягаря соціально небезпечних хвороб можливе, але потребує десятиліть послідовної політики. Саме ця послідовність – поєднання регіональних рамок, національних реформ і локальних інновацій – є головним уроком, який можуть враховувати інші держави, розробляючи власні моделі профілактики туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, наркоманії та алкоголізму.

РОЗДІЛ 3

МЕХАНІЗМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ЗАПОБІГАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМ ХВОРОБАМ

3.1 Засоби удосконалення публічної політики запобігання соціально небезпечним хворобам на регіональному та локальному рівнях

Публічна політика профілактики соціально небезпечних хвороб в Україні у повоєнний період стане одним із ключових напрямів відбудови людського потенціалу, стабілізації демографічної ситуації, підвищення працездатності населення та зміцнення системи національної безпеки. В умовах багаторічної війни країна пережила суттєву трансформацію медичних, соціальних та управлінських інститутів, що безпосередньо вплинуло на стан захворюваності на туберкульоз, ВІЛ-інфекцію, алкоголізм, наркозалежність та інші соціально визначені патології. Водночас повоєнний період відкриває можливості для переосмислення моделей профілактики, модернізації системи охорони здоров'я, узгодження національних підходів з європейськими стандартами, реформування інформаційної та соціально-правової складової політики у сфері здоров'я.

Ключовим викликом стане подолання накопичених ресурсних, кадрових та інституційних дефіцитів, а також орієнтація стратегій профілактики на вразливі групи, серед яких особливе місце посідають ветерани, військовослужбовці та переміщені особи. У контексті розвитку держави після війни саме профілактика соціально небезпечних хвороб є фундаментом сталого розвитку, адже рівень тягаря цих патологій прямо впливає на тривалість життя, продуктивність населення, навантаження на бюджет, соціальну сферу та обороноздатність.

У сфері профілактики туберкульозу Україна традиційно належить до європейських країн з підвищеним рівнем захворюваності, а війна істотно загострила проблему. Руйнування медичної інфраструктури, вимушене переміщення кількох мільйонів громадян, перебої в доступності діагностики, складність забезпечення повного курсу лікування, підвищення рівня бідності та

стресових факторів створили умови для погіршення епідеміологічної ситуації. Особливо небезпечним є зростання ризику поширення мультирезистентного туберкульозу, який вже до 2021 року становив значну частку всіх випадків.

Дані Центру громадського здоров'я, які збиралися у складних умовах воєнного періоду, вказують на збереження тенденції до високої поширеності МР-ТБ, що вимагає суттєвого перегляду політики профілактики у повоєнний період. Попри активне залучення міжнародних організацій, таких як ВООЗ та Глобальний фонд, в багатьох регіонах виникала нестача тест-систем, мобільних кабінетів флюорографії, обладнання для молекулярно-генетичної діагностики, а функціонування протитуберкульозних закладів було ускладнено через пошкодження або евакуацію.

Особливо складною була ситуація в Харківській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях, де значна частина населення тривалий час перебувала без доступу до повноцінної медичної допомоги. Саме тому в повоєнний період профілактика туберкульозу вимагатиме комплексної модернізації – від перебудови інфраструктури і цифровізації моніторингу до зміцнення системи виявлення та підтримки пацієнтів, особливо серед соціально вразливих груп, ветеранів, осіб, які пережили окупацію, людей, що втратили роботу чи житло.

Профілактика ВІЛ-інфекції та СНІДу також зазнала впливу війни, але завдяки високому рівню підтримки міжнародних партнерів та розгалуженій мережі неурядових організацій вдалося зберегти стабільність антиретровірусної програми. Проте війна створила нові групи ризику, сприяла поглибленню соціальної вразливості людей, які живуть з ВІЛ, та ускладнила доступ до тестування і профілактики, особливо у регіонах, де медичні заклади були зруйновані.

Майже пів мільйона людей зіткнулися з перериванням маршруту пацієнта, що значно підвищує ризик несвоєчасної діагностики. Значна частина програм профілактики ВІЛ традиційно орієнтована на ключові групи – представників ЛГБТ, секс-працівників, споживачів наркотиків. Проте в умовах війни додатковою групою ризику стали люди, що пережили травматичний досвід,

перебували в окупації або були переміщені. У повоєнний період на перший план вийде необхідність масштабування програм профілактики, інтеграції послуг ВІЛ, ТБ та вірусних гепатитів у первинну ланку, розбудови нової цифрової системи нагадування та підтримки пацієнтів, розширення партнерства з громадським сектором, який довів свою ефективність у складний період війни.

Наркоманія та алкоголізм традиційно належать до найбільш соціально чутливих проблем, і їх поширеність в Україні посилилася через воєнні події, масові втрати, психологічні травми, зростання депресій і посттравматичних розладів. За даними громадських організацій, реабілітаційних центрів та соціальних служб, значно зросла кількість звернень щодо залежностей серед молоді, переміщених осіб, сімей, які пережили втрату близьких. Особливої уваги потребує контингент ветеранів і бійців Сил оборони України.

Багаторічний міжнародний досвід свідчить, що ветеранські спільноти в усіх країнах світу, які пережили активні бойові дії (США після війни в Іраку та Афганістані, Хорватія після війни 1990-х, Грузія після конфліктів 2008 року), демонструють підвищені ризики проблемного вживання алкоголю та психоактивних речовин, що є наслідком тривалого стресу, бойової травми, ПТСР, втрати соціальних зв'язків, труднощів адаптації до мирного життя. Україна не є винятком і зіткнеться з такими самими ризиками. Дані українських психологічних служб, громадських організацій ветеранів, реабілітаційних центрів та анонімних консультацій, які працювали в умовах повномасштабної війни, вказують на поступове зростання кількості звернень, пов'язаних зі зловживанням алкоголем серед військових та ветеранів, особливо після повернення з фронту.

Існують численні якісні дані - інтерв'ю, моніторинги, спостереження психологів – що вказують на таку тенденцію: частина бійців використовує алкоголь як спосіб тимчасового зниження психічного напруження, особливо у періоди ротацій, демобілізації чи після отримання травми. Водночас серед ветеранів, які проходили лікування ПТСР, фахівці відзначають нерідкі випадки вторинних залежностей, включно з медикаментозною, коли за відсутності

комплексної психотерапії люди намагаються самостійно купірувати симптоми тривоги або безсоння.

Поширеність наркотичної залежності серед українських бійців та ветеранів за свідченнями установ, які працюють з військовими та їхніми сім'ями, не є масовим явищем, але існує як соціально прихований ризик. Частіше мова йде не про вживання важких наркотиків, а про неконтрольоване використання знеболювальних препаратів або седативних засобів. У деяких випадках спостерігаються приклади залежності від опіоїдних анальгетиків після тривалого лікування поранень, що є типовою проблемою для багатьох країн, які ведуть війну. Наприклад, у США після Іраку та Афганістану у 2010-х роках спостерігалось різке зростання опіоїдної залежності серед ветеранів, яке змусило уряд реформувати систему контролю за призначенням препаратів [44].

Україна повинна врахувати ці уроки і заздалегідь створити політику профілактики, яка не допускає медикаментозної залежності, інтегруючи психосоціальну підтримку та альтернативні методи лікування хронічного болю. При цьому важливо, що українські ветерани демонструють високий рівень самоконтролю, мобілізації та відповідальності, і більшість проблем із залежностями виникає не під час служби, а саме після повернення додому, коли зникає відчуття колективної підтримки, бойове братерство та чітка структура щоденного життя. Перехід до мирного життя часто супроводжується відчуттям втрати сенсу, труднощами адаптації, конфліктами в сім'ї, а інколи — відсутністю своєчасної психологічної допомоги.

У повоєнний період Україна матиме унікальний шанс створити цілісну, інтегровану систему профілактики соціально небезпечних хвороб з акцентом на ветеранів, переміщених осіб, молодь та інші вразливі групи. Одним із ключових напрямів стане впровадження повноцінної державної стратегії ментального здоров'я, що буде нерозривно пов'язана з профілактикою залежностей. Здоров'я ветеранів має стати окремим пріоритетом національної політики: створення кабінетів психічного здоров'я у громадах, розширення мережі центрів реабілітації, система підтримки сімей ветеранів, перенавчання психологів для

роботи з бойовою травмою, впровадження групових методик, адаптованих до українських реалій.

У цьому контексті профілактика алкоголізму та наркоманії має бути інтегрована у ширший комплекс послуг: скринінг ризиків у сімейних лікарів, психологічні консультації, реабілітаційні програми, соціальний супровід, робота з громадами, інформаційні кампанії, які не стигматизують ветеранів. Важливо забезпечити міжвідомчу координацію – Міністерства охорони здоров'я, Міністерства у справах ветеранів, Міністерства соціальної політики сім'ї та єдності, громадських організацій, які вже мають досвід роботи з воїнами. У багатьох випадках саме громадський сектор виступав і надалі виступатиме основою для розгортання інноваційних програм, наприклад, "peer-to-peer" підтримки, ветеранських спільнот, груп взаємодопомоги, мобільних клінік.

Серед перспектив удосконалення політики профілактики туберкульозу у повоєнний період пріоритетними є відновлення обладнання та закладів фтизіатричного профілю, впровадження сучасних молекулярних методів діагностики у всіх регіонах, створення єдиної цифрової системи моніторингу та підтримки лікування, а також перехід до амбулаторних моделей допомоги.

Модель DOT, яка передбачає контрольоване лікування, повинна бути переосмислена з урахуванням досвіду війни – наприклад, через мобільні бригади, онлайн-моніторинг, систему нагадувань, цифрових карток пацієнтів. У громадах із високим рівнем пошкоджень або близькістю до фронту слід запровадити окремі програми скринінгу для соціально вразливих груп та ветеранів. Не менш важливим є вдосконалення законодавства для забезпечення гарантованого доступу до сучасних препаратів, включно з короткими схемами лікування резистентних форм туберкульозу, що активно впроваджуються ЄС.

У сфері профілактики ВІЛ та СНІДу в повоєнний період пріоритетом стане масштабування тестування, впровадження самотестів, перехід на сучасні антиретровірусні препарати з полегшеними режимами прийому, розширення програм PrEP (доконтактної профілактики), партнерство з молодіжними організаціями та ветеранськими асоціаціями. У багатьох країнах ЄС, зокрема в

Португалії, Чехії та Німеччині, профілактика ВІЛ давно інтегрована в ширшу систему послуг з психічного здоров'я, а ризиковані поведінкові практики розглядаються через призму соціальних чинників, а не лише медичних. Такий підхід варто адаптувати і в Україні. Особливу увагу слід приділити людям із досвідом наркозалежності, які повернулися з-за кордону, та переміщеним особам, що опинилися в нових соціальних умовах. Система профілактики має працювати в громадах, школах, університетах, центрах зайнятості, ветеранських центрах та медичних закладах рівня первинної ланки.

Алкоголізм у повоєнний період може стати однією з найбільш масштабних соціально небезпечних проблем, якщо не буде своєчасної державної реакції. Після тривалого стресу та бойових дій в Україні мільйони людей матимуть підвищений рівень психологічної вразливості. Історичний досвід Хорватії свідчить, що протягом перших п'яти років після війни там відбулося стрімке зростання випадків зловживання алкоголем серед ветеранів, а також серед їхніх родин.

У Грузії після 2008 року також фіксували зростання проблемного вживання алкоголю серед учасників бойових дій, що було пояснено переходом до мирного життя, відсутністю психологічної реабілітації та економічними труднощами. Україна повинна врахувати ці приклади і створити систему раннього попередження: обмеження реклами алкоголю, контроль за продажем у нічний час, інформаційні кампанії про ризики, програми підтримки сімей ветеранів, розвиток діяльності психотерапевтів та соціальних працівників у громадах. Необхідно розвивати цифрові сервіси самопомоги, а також мережі групових програм, що довели ефективність у європейських країнах.

Серед ключових викликів у сфері профілактики наркоманії є ризик поширення синтетичних наркотиків у повоєнний період. Як свідчить досвід Польщі та Литви після їх інтеграції до ЄС, швидке зростання доходів населення та інтенсифікація міграційних потоків часто супроводжуються підвищенням доступності нових психоактивних речовин. В Україні цей ризик може бути навіть вищим через стресові наслідки війни, масову внутрішню міграцію та

послаблену соціальну інфраструктуру. Для бійців і ветеранів ризику включають поєднання ПТСР, хронічного болю, депресії, втрати життєвих орієнтирів. Публічна політика повинна будуватися на принципі “Zero Stigma”: ветерани не повинні зазнавати осуду за звернення по допомогу, а допомога має бути доступною, конфіденційною та орієнтованою на довгостроковий супровід. Слід розвивати програми замісної підтримувальної терапії, мобільні бригади, кризові центри та інтегровані служби у громадах.

Одним із перспективних напрямів є розвиток цифрових політик профілактики. Створення національної платформи профілактики соціально небезпечних хвороб зможе об'єднати онлайн-тестування, консультації, дистанційну реєстрацію у програмах підтримки, нагадування про прийом ліків, інтерактивні освітні модулі з профілактики залежностей, інформацію про ветеранські програми. Такі системи успішно працюють у Великій Британії, Естонії та Нідерландах. Україна, маючи сильну цифрову інфраструктуру “Дія”, здатна створити аналог сучасних європейських рішень.

Публічна політика профілактики соціально небезпечних хвороб має враховувати регіональні відмінності. У прифронтових громадах пріоритетом стане відновлення медичних закладів, мобільні клініки, програми скринінгу для ветеранів, людей похилого віку, бездомних. У великих містах – посилення роботи центрів психічного здоров'я, зростання ролі громадських організацій, інтеграція соціальних служб. У західних областях – робота з великою кількістю переселенців, профілактика ризиків серед молоді, підтримка сімей.

Важливим аспектом є фінансування. У повоєнний період Україна матиме доступ до масштабних програм ЄС, USAID, BOOЗ та Глобального фонду. Ефективне використання цих ресурсів дозволить модернізувати систему профілактики, підвищити якість обладнання, навчити кадри, створити мережу реабілітаційних центрів для ветеранів. Потрібно передбачити гарантоване фінансування профілактики туберкульозу, ВІЛ, наркоманії та алкоголізму у межах середньострокового бюджетного планування, щоб уникнути щорічної нестабільності програм.

Окремого значення набуває питання кадрового забезпечення. Україна має суттєвий дефіцит психологів, фахівців з адиктології, соціальних працівників, фтизіатрів. У повоєнний період необхідно створити державну програму перекваліфікації кадрів, розширити навчання на базі університетів, залучати іноземних експертів. Особливу увагу слід приділити підготовці фахівців для роботи з ветеранами – психологів, психотерапевтів, соціальних менеджерів, які розуміють специфіку бойової травми.

Профілактика соціально небезпечних хвороб у повоєнній Україні стане не лише медичним, а й стратегічним завданням національної політики. Від її успішності залежатиме продуктивність робочої сили, тривалість життя, соціальна стабільність, рівень навантаження на бюджет, безпека держави та якість життя населення. Війна створила безпрецедентні виклики: руйнування медичної інфраструктури, масову міграцію, соціальні травми, зниження доступності профілактичних послуг, зростання ризиків залежностей, збільшення вразливості населення. У повоєнний період Україна має зосередити політику на чотирьох ключових напрямках: модернізації системи охорони здоров'я, підтримці ветеранів, інтеграції профілактичних послуг у громадах та цифровізації.

Профілактика туберкульозу потребує відновлення фтизіатричної інфраструктури, розширення діагностичних можливостей, впровадження амбулаторних моделей та цифрового моніторингу. Поширеність мультирезистентного туберкульозу вимагатиме нових схем лікування та системи підтримки пацієнтів. Профілактика ВІЛ має спиратися на масштабування тестування, розвиток PrEP, інтеграцію послуг у первинну ланку. У сфері залежностей необхідно створити комплексну державну систему запобігання алкоголізму та наркоманії, спрямовану на молодь, переселенців та ветеранів. Саме ветерани становлять одну з найбільш вразливих груп щодо формування залежностей, що пов'язано з бойовим стресом, ПТСР, труднощами адаптації та хронічним болем. Проте головне завдання держави – не допустити стигматизації ветеранів, створити умови для раннього виявлення ризиків та забезпечити доступ до якісної допомоги.

Успішна профілактика у повоєнний період можлива лише за умови реформування управлінської та фінансової системи. Потрібно створити міжвідомчу платформу для координації політики, забезпечити стабільне фінансування з бюджету та донорських фондів, розширити роль громадських організацій, модернізувати навчання кадрів. Україна має можливість використати європейський досвід: інтеграція профілактики в громадах, цифрові сервіси, міждисциплінарні команди, програми для ветеранів, сучасні підходи до подолання залежностей.

У повоєнний період профілактика соціально небезпечних хвороб стане одним із головних інструментів відновлення суспільства. Своєчасна модернізація політики дозволить не лише подолати наслідки війни, а й побудувати нову, стійку систему громадського здоров'я, яка забезпечить українцям довге, безпечне та продуктивне життя.

3.2 Роль органів місцевого самоврядування у профілактиці соціально небезпечних хвороб

Проблематика профілактики соціально небезпечних хвороб в Україні на рівні територіальних громад у повоєнний та воєнний період набула особливої актуальності через комбінацію соціально-економічних трансформацій, демографічних змін, наслідків масового переміщення населення, погіршення психічного здоров'я молоді та зростання ризикованої поведінки вразливих груп. Територіальні громади отримали надзвичайно широкий спектр повноважень у сфері охорони здоров'я, соціального захисту, молодіжної політики, освіти та безпеки, що водночас створює можливості й поглиблює протиріччя профілактичної діяльності.

Окремо варто наголосити, що профілактика туберкульозу, ВІЛ-СНІД, наркоманії та алкоголізму є комплексним завданням, яке вимагає інтеграції інституційних ресурсів, розвитку міжсекторальної взаємодії, створення локальних програм і залучення громадського сектору. Проте на практиці

громади часто стикаються з браком кадрів, дефіцитом фінансування, відсутністю стратегічного бачення, а інколи – навіть з елементарним нерозумінням важливості профілактики як такого. Це, у свою чергу, формує парадокс: потреба у превентивних діях зростає, а реальні можливості для їх здійснення залишаються обмеженими.

Проблеми профілактики соціально небезпечних хвороб на місцевому рівні мають комплексний характер. Вони охоплюють як медичні, так і соціально-психологічні, економічні та культурні аспекти. Однією з найпоширеніших суперечностей є те, що громади формально відповідальні за забезпечення населення необхідними послугами, але часто не мають прямих важелів впливу на медичні заклади, що працюють у структурі національної системи фінансування через НСЗУ.

У межах реформи децентралізації громади отримали повноваження щодо розвитку інфраструктури і створення належних умов для профілактики, але при цьому не можуть безпосередньо управляти профілактичними програмами в межах спеціалізованої медицини. Так виникає одна з ключових суперечностей: відповідальність перед громадянами — на громаді, а ключові інструменти і фінансові потоки – у вертикалі державного управління. Через це профілактика соціально небезпечних хвороб часто опиняється "між двох систем": медична служба зосереджена на лікуванні, а громади – на загальному соціальному розвитку, водночас превенція вимагає інтегрованої і єдиної логіки дій.

Ситуація ускладнюється зростанням рівня вразливості населення внаслідок війни. Значне число внутрішньо переміщених осіб проживає у приймаючих громадах, що збільшує навантаження на соціальну, медичну та молодіжну інфраструктуру. Водночас у ряді прифронтових територій зруйновано частину амбулаторій, центрів первинної медико-санітарної допомоги, консультативних служб, спортивних і культурних закладів. Погіршення доступності медичної допомоги формує додаткові ризики щодо незахищених груп молоді, безробітних, осіб, що пережили травматичні події, а також сімей, члени яких проходять або пройшли службу в Силах оборони

України. Виснаженість, стрес, депресивні стани, тривалий вимушений простій, порушення соціальних зв'язків підвищують частоту зловживання алкоголем та наркотичними речовинами серед молоді, а у деяких громадах – і серед дорослих чоловіків. Усе це створює сприятливе середовище для поширення соціально небезпечних хвороб, насамперед ВІЛ та туберкульозу.

Розглядаючи проблеми профілактики туберкульозу, важливо зазначити, що туберкульоз є хворобою соціально зумовленою. Це означає, що поширеність інфекції значною мірою залежить не лише від якості медичного забезпечення, а й від соціальних умов: рівня бідності, безробіття, недоїдання, недостатньої вентиляції приміщень, перенаселеності житла, низької культури профілактики. У багатьох територіальних громадах спостерігається скорочення кількості флюорографічних установок, обмежена кількість мобільних діагностичних бригад, низька поінформованість населення про симптоми туберкульозу, а також обмежений доступ до соціального супроводу для хворих.

Водночас у громадах, де місцева влада приділяє увагу попередженню туберкульозу, помітні кращі результати. Наприклад, у громадах Львівської та Полтавської областей практикується закупівля переносних цифрових рентген-апаратів, що дозволяє проводити ранні діагностичні обстеження у сільській місцевості, охоплюючи групи ризику: осіб, що перебувають у складних життєвих обставинах, працівників аграрних господарств, молодь, яка навчається у професійно-технічних закладах. Це демонструє, що навіть за умов обмежених ресурсів громади можуть створювати дієві механізми профілактики.

З профілактикою ВІЛ та СНІД ситуація також є неоднозначною. Україна залишається однією з країн Європи з найвищим рівнем поширення ВІЛ. Протягом останніх років змінилася структура груп ризику: якщо раніше більшість нових випадків була пов'язана з ін'єкційним вживанням наркотиків, то тепер зростає частка статевого шляху передачі, у тому числі серед молоді. У територіальних громадах часто відсутні молодіжні центри, де можна було б проводити безпечні освітні заходи, а школи не мають достатньої кадрової підготовки для викладання програм, що попереджають ризиковану поведінку.

Часто педагоги обмежуються теоретичною інформацією, яка не формує реальних навичок безпечної поведінки.

Профілактичні програми у багатьох громадах недостатньо адаптовані до потреб підлітків і молоді. Наприклад, у громадах Харківської, Донецької та Херсонської областей фіксується зниження охоплення молоді профілактичними заходами через руйнування навчальних закладів, переміщення дітей і молоді, а також брак організованих позашкільних простір, які могли б виконувати функції профілактичних хабів. Однак у деяких громадах уже створюються інноваційні практики. Так, у Криворізькій, Миргородській та Вінницькій громадах активно працюють дружні до молоді медичні кабінети, у яких підлітки можуть отримати консультації щодо статевого здоров'я, безплатні експрес-тести на ВІЛ, а також пройти індивідуальні бесіди з фахівцями.

Проблема наркоманії у громадах має ще більш комплексний характер. Значна частина підлітків і молоді стикається з новими психоактивними речовинами, які поширюються через мережеві канали, молодіжні чати, а інколи — і через шкільні колективи. У багатьох громадах бракує кваліфікованих спеціалістів з роботи з молоддю, психологів, педагогів-координаторів, які могли б здійснювати раннє виявлення девіантної поведінки. Суперечність полягає і в тому, що громади прагнуть зменшити поширення наркотиків шляхом посилення контролю, але без достатньої кількості превентивних програм це призводить до ще більшої латентності проблеми. Наприклад, у низці громад Сумської та Одеської областей фіксується зростання випадків вживання сольових наркотиків серед молоді 15–18 років, але громади обмежуються лише загальними профілактичними лекціями, що не дають результату. Натомість ефективні приклади демонструють громади, які поєднують роботу патрульної поліції, закладів освіти, медичних служб, молодіжних центрів та громадських організацій. Так, у Хмельницькій громаді вдалося створити цілісну систему вторинної профілактики, де молодь груп ризику залучається до спортивних секцій, груп психологічної підтримки та соціально-корисної діяльності.

Алкоголізм як соціально небезпечне явище у громадах України часто проявляється у латентній формі, особливо серед чоловіків працездатного віку та молоді 18-25 років. Проблема поглиблюється через низку факторів: високий рівень стресу, нестабільність доходів, безробіття, руйнування родинних зв'язків, відсутність дозвілля, негативні культурні установки, доступність алкоголю. У громадах, де функціонує недостатня кількість спортивних залів, культурних та молодіжних центрів, зростає кількість підлітків, що експериментують з алкоголем. Особливо це видно у сільських територіальних громадах, де відсутні альтернативи для організованого дозвілля.

Наприклад, у ряді громад Чернігівської, Миколаївської та Кіровоградської областей соціальні служби відзначають збільшення кількості випадків сімейного насильства, прямо пов'язаних із зловживанням алкоголем. У той же час громади, що активно розвивають спортивні ініціативи, мають нижчі показники підліткового алкоголізму. Так, у Славутичі та Тростянецькій громаді системна робота зі створення молодіжних просторів і співпраця зі спортивними федераціями дозволили зменшити кількість випадків алкогольних інтоксикацій серед молоді майже удвічі протягом трьох років [12].

Водночас проблеми профілактики соціально небезпечних хвороб у громадах посилюються через недостатню кадрову спроможність. Часто у громадах відсутні фахівці з громадського здоров'я, а обов'язки координатора профілактичних програм покладаються на випадкових працівників: спеціалістів відділу культури, молоді чи освіти. Суперечність полягає в тому, що громада має забезпечувати комплексний підхід, але внутрішня структура управління не відповідає вимогам сучасної моделі громадського здоров'я.

І хоча Міністерство охорони здоров'я розбудовує Центри контролю та профілактики хвороб, на місцевому рівні їхні функції часто не інтегровані в систему управління громади, що зменшує ефективність профілактичних заходів. Деякі громади, наприклад у Тернопільській та Черкаській областях, створили власні муніципальні програми "Здоров'я громади", де виділяються кошти на тестування, інформаційні кампанії, роботу мобільних груп та соціальних

працівників. Ці підходи демонструють, що за наявності політичної волі громади здатні створювати ефективну превентивну інфраструктуру [17].

Одним із найважливіших аспектів профілактики є створення умов для здорового способу життя та підтримки молоді. У громадах, де існує розгалужена мережа спортивних секцій, гуртків, молодіжних просторів, де проводяться регулярні культурні та освітні події, рівень ризикової поведінки молоді значно нижчий. Цей нетрадиційний, але надзвичайно важливий елемент профілактики часто залишається поза увагою органів місцевого самоврядування. Громади, які системно інвестують у розвиток молодіжної інфраструктури, отримують кращі результати у боротьбі з наркоманією та алкоголізмом.

Наприклад, громади Львівщини, де існують багатофункціональні молодіжні центри та просторі спортивні зали, демонструють більш позитивну динаміку щодо молодіжної зайнятості та зменшення кількості правопорушень серед неповнолітніх. Водночас у громадах, де відсутні навіть елементарні можливості для дозвілля, молодь часто потрапляє під вплив вулиці, що збільшує ризик вживання психоактивних речовин.

Ще однією суперечністю профілактики є різниця між сприйняттям проблеми серед місцевої влади та реальним масштабом викликів. Часто громади вважають, що профілактика наркоманії або алкоголізму – це завдання поліції або медичних установ. Проте міжнародний досвід демонструє: ефективна профілактика можлива тільки тоді, коли громада має власні програми, спрямовані на зменшення ризикової поведінки серед дітей та молоді.

Зокрема, в Естонії та Литві активно застосовуються шкільні програми розвитку життєвих навичок, де учнів навчають не лише небезпеці наркотичних речовин, а й стресостійкості, вмінню приймати рішення, критично оцінювати ризики, розуміти власні емоції. У деяких українських громадах уже були спроби впровадити подібні програми, проте вони не отримали системної підтримки, а тому охопили лише окремі школи.

Суперечності видно також у підходах до профілактики серед підлітків та молоді. З одного боку, громади визнають, що молодь є ключовою групою ризику,

а з іншого – профілактичні заходи для молоді залишаються формальними. У багатьох громадах проводяться одноразові лекції в школах, які не змінюють поведінкових моделей. Ефективні практики, натомість, передбачають тривалі програми з особистісного розвитку, регулярні тренінги, залучення молоді до волонтерської діяльності, реалізацію благодійних проєктів, спортивних турнірів, квестів, хакатонів. Такі методи активно застосовуються, наприклад, у Чернівецькій громаді, де вдалося зменшити рівень молодіжних правопорушень завдяки системній співпраці шкіл, молодіжних центрів, поліції та соціальних служб.

Профілактика ВІЛ-СНІД тісно пов'язана із сексуальною освітою молоді — темою, що залишається чутливою для багатьох українських громад. Частина батьків та окремих політичних груп часто перешкоджають упровадженню таких програм. Це створює ще одну суперечність: профілактика ВІЛ вимагає відкритого обговорення питань сексуального здоров'я, а громади інколи уникають цього з міркувань політичної або культурної доцільності. Водночас громади, які наважуються інтегрувати сучасні освітні програми, демонструють істотне покращення результатів.

Наприклад, у Дніпровській громаді реалізовано програму “Молодь і здоров'я”, що включає тренінги з репродуктивного здоров'я, зустрічі з лікарями, анонімні консультації, а також волонтерські ініціативи, у межах яких молодь поширює інформаційні матеріали серед своїх однолітків. У результаті громада фіксує зниження кількості ранніх статевих стосунків та зростання кількості молоді, яка регулярно проходить тестування.

Окремо слід звернути увагу на питання стигматизації. Страх перед осудом оточення часто стає бар'єром для людей, які потребують тестування чи лікування. У територіальних громадах, де недостатньо розвинені служби соціального супроводу, люди бояться звертатися за допомогою. Це стосується як туберкульозу, так і ВІЛ, і залежності від психоактивних речовин. У маленьких громадах кожен знає кожного, тому будь-яке втручання у сфері здоров'я може бути сприйнято як загроза приватності. Це суперечить загальним принципам

громадського здоров'я, де профілактика має бути максимально анонімною, доступною і недискримінаційною. У деяких громадах уже роблять кроки в правильному напрямку. Так, у Черкаській області соціальні працівники запровадили практику роботи “без форм”, коли фахівець може прийти додому або зустрітися у громадському просторі так, щоб ніхто не знав про характер консультації. Це дозволило збільшити охоплення профілактикою уразливих груп.

Громади можуть створювати умови для зменшення поширеності соціально небезпечних хвороб через пряму організацію послуг, інфраструктурні інвестиції, розвиток соціально орієнтованих простір, координацію з НСЗУ, КП "Центри ПМСД", громадськими організаціями, поліцією, молодіжними центрами, закладами освіти та релігійними громадами. Одним із прикладів є створення пунктів обміну шприців у громадах з високим рівнем наркоспоживання, що зменшує поширення ВІЛ та гепатитів. У Мелітопольській громаді до 2022 року такі пункти працювали на базі громадських організацій та муніципальних програм і демонстрували зниження рівня нових інфекцій. Іншим прикладом є мобільні амбулаторії в громадах Волині та Рівненщини, що дозволяють проводити тестування на туберкульоз і ВІЛ у віддалених селах. У багатьох громадах працюють програми індивідуального супроводу людей з туберкульозом, що забезпечують контроль за прийомом препаратів та допомагають уникати переривання лікування.

Ефективною є практика створення муніципальних психологічних служб, орієнтованих на молодь, особливо у громадах, де війна призвела до зростання рівня стресу, тривоги, депресії, ПТСР серед підлітків. Надаючи психологічну підтримку, громади опосередковано знижують ризики вживання психоактивних речовин. Прикладом є Лубенська громада, де впроваджено програму психологічної адаптації для школярів, що включає групові заняття, тренінги, роботу з батьками. У результаті зменшилася кількість випадків пропусків занять через емоційні проблеми та зросла кількість учнів, залучених до позашкільних активностей.

Умови для профілактики наркоманії та алкоголізму створюються також через розвиток безпечної міської інфраструктури: освітлених вулиць, спортивних майданчиків, центрів культури та дозвілля, молодіжних просторів, коворкінгів, клубів інтелектуального дозвілля. Досвід громади Івано-Франківська показує, що інвестиції у спортивні майданчики для молоді за п'ять років дозволили зменшити кількість звернень щодо правопорушень підлітків майже на третину. У громадах, де є достатньо спортивних секцій, молодіжних театрів, станцій технічної творчості, рівень зловживання алкоголем серед молоді знижується на 20–40%.

Суперечності профілактики у громадах також пов'язані з фінансовими обмеженнями. Часто профілактичні програми фінансуються за залишковим принципом, а громади змушені обирати між нагальними потребами — наприклад, відновленням інфраструктури та інвестиціями в молодіжні центри. Проте превентивні заходи є значно дешевшими, ніж лікування хвороб або подолання наслідків залежності. Дослідження, проведені у країнах ЄС, показують, що кожне євро, вкладене в профілактику молодіжної наркоманії, економить приблизно шість–сім євро бюджетних витрат у майбутньому. Це означає, що громади мають економічну мотивацію інвестувати у профілактику.

Територіальні громади можуть відігравати ключову роль у формуванні культури здоров'я. Наприклад, у громадах Закарпатської області створюються мережі здорових шкіл, де велика увага приділяється фізичному вихованню, здоровому харчуванню, профілактиці шкідливих звичок. У південних і східних регіонах частина громад упроваджує молодіжні патронажні програми, коли волонтери-молодіжники працюють з підлітками, які мають підвищений ризик девіантної поведінки. Важливо, що це робиться не у формі контролю, а у форматі партнерства та неформальної освіти.

Значну роль відіграє участь громадських організацій. У багатьох громадах саме ГО забезпечують тестування на ВІЛ, соціальний супровід хворих на туберкульоз, роботу з групами ризику. Громади, що вибудували партнерство зі структурними підрозділами міжнародних організацій, отримують доступ до

ресурсів, матеріалів, тренінгів, мобільних лабораторій. У Дніпропетровській області успішно працює програма "Вулична соціальна робота", що допомагає молоді уникати ризикової поведінки. У громадах Одеської області діють молодіжні клуби профілактики ВІЛ, створені ГО за підтримки донорів.

Важливим фактором профілактики є залучення батьків. Часто батьки не усвідомлюють, що їхні діти можуть вживати алкоголь або нові наркотичні речовини. У громадах, де працюють програми батьківської освіти, рівень ризикової поведінки молоді зменшується. Прикладом є Кременчуцька громада, де проводяться щорічні батьківські тренінги з теми небезпеки наркотиків та алкоголю, що сприяло створенню довірливих стосунків між поколіннями та зниженню рівня конфліктності у сім'ях.

Профілактика залежностей неможлива без розвитку служб психічного здоров'я. У багатьох громадах уже створені кабінети психологічної допомоги, проте вони не завжди орієнтовані на молодь. У громадах, які створили посади молодіжних психологів, результати профілактики значно кращі. Наприклад, у Рівненській області молодіжні психологи працюють із підлітками, що пережили втрату родичів через війну, і це зменшує ризики формування залежностей. Суперечність полягає у тому, що громади часто розглядають психологічну службу як вторинний елемент соціальної політики, тоді як для профілактики наркоманії та алкоголізму психологічна підтримка є ключовою.

Дуже важливою є роль освітніх закладів. Школи є тим середовищем, де можна виявити ранні ознаки ризикованої поведінки. У громадах, де розвинена співпраця між школами, службами у справах дітей, центрами соціальних служб та поліцією, показники профілактики кращі. Проте у ряді громад така взаємодія формальна. Часто школа повідомляє службу у справах дітей вже тоді, коли поведінка підлітка набуває проблемного характеру. Ефективна модель передбачає раннє реагування та постійний моніторинг.

Важливою проблемою є те, що громади часто сприймають профілактику як разові заходи: лекції, акції, тематичні дні. Такий підхід не працює. Профілактика має бути комплексною, тривалою, інтегрованою в щоденне життя

молоді. Громади, що створюють довготривалі програми, такі як “Здорова молодь громади”, “Молодіжний простір”, “Спорт для всіх”, демонструють значно кращі результати.

Окремим викликом залишається доступність тестування на ВІЛ і туберкульоз. У ряді громад відсутні пункти, де можна здати тест швидко, анонімно та без страху стигматизації. Проблема посилюється у віддалених селах. У багатьох громадах Хмельниччини та Сумщини впроваджується практика мобільних тестувальних акцій, коли спеціалісти виїжджають у села та проводять тестування просто на місці. Це дозволяє охопити групи ризику, які зазвичай не звертаються у медичні заклади.

Суперечністю є і відсутність координації між різними структурами. Наприклад, поліція може виявити факти вживання наркотиків, але інформація не передається соціальним службам, і підліток не отримує необхідної підтримки. Або школа виявляє проблему, але не має механізмів для залучення психолога чи створення індивідуального плану підтримки. В окремих громадах ці питання вирішуються шляхом створення міжсекторальних команд, до складу яких входять представники освіти, медицини, поліції, соціальних служб, молодіжних центрів. Такі команди регулярно аналізують ситуацію та реагують на виклики.

Громадам також необхідно приділяти увагу інфраструктурній складовій профілактики. Наприклад, відсутність якісних спортивних залів та майданчиків призводить до того, що підлітки частіше проводять час у небезпечних місцях, де вищий ризик поширення наркотиків. Дослідження показують, що громади, які інвестує у спортивну інфраструктуру, мають нижчі показники адиктивної поведінки. Прикладом може бути громада Лозової у Харківській області, де після відкриття нового спортивного комплексу кількість підлітків, які відвідують спортивні секції, зросла удвічі, а кількість правопорушень серед молоді суттєво зменшилася.

Не менш важливою є роль цифрових технологій у профілактиці. У багатьох громадах уже впроваджуються онлайн-консультації, чат-боти з інформацією про здоров'я, інтернет-кампанії для молоді. Це важливо, оскільки сучасна молодь

проводить значну частину часу онлайн. Якщо громада активно працює у цифровому середовищі, вона може значно підвищити ефективність профілактики.

Проблеми профілактики також включають обмежену правову базу на рівні громад. Часто громади не мають чітко прописаних місцевих програм профілактики туберкульозу, ВІЛ, наркоманії та алкоголізму. Це ускладнює бюджетування та стратегічне планування. Проте у деяких громадах є позитивні приклади. Наприклад, у Кременчуцькій громаді діє комплексна програма профілактики залежностей серед молоді, яка включає фінансування тренінгів, поїздок, спортивних заходів і роботи психологів.

Ще однією суперечністю є брак систематичних даних. Громади часто не мають достовірної статистики про масштаби проблеми, а без даних важко розробляти ефективні програми. Необхідно запроваджувати регулярний моніторинг ситуації та створювати локальні бази даних, які допоможуть визначати групи ризику.

Підсумовуючи, можна зазначити, що проблеми профілактики соціально небезпечних хвороб у громадах є системними, але їх можна вирішити шляхом налагодження міжсекторальної співпраці, розвитку інфраструктури, підготовки кадрів, інвестицій у молодіжну політику, створення дружніх до молоді послуг, розширення психологічної допомоги, розвитку профілактичних програм у школах, підтримки громадських організацій та залучення міжнародних партнерів.

Профілактика соціально небезпечних хвороб у територіальних громадах України стикається з багатьма проблемами та суперечностями, які мають соціальний, інституційний і психологічний характер. Головна суперечність полягає в тому, що громади несуть відповідальність за здоров'я населення, але не завжди мають необхідні ресурси, інструменти та кадрову спроможність для ефективної реалізації профілактики. Це стосується туберкульозу, ВІЛ-СНІД, наркоманії та алкоголізму – комплексних хвороб, поширення яких визначається поєднанням соціальних, культурних, економічних та медичних факторів.

Окремо потрібно наголосити на зростанні ризиків серед підлітків і молоді – групи, яка переживає втрату стабільності, стрес, руйнування соціальних зв'язків та невизначеність майбутнього. У цих умовах громади несуть критичну роль у формуванні здорового простору та створенні умов, які знижують потребу молоді у втечі шляхом алкоголю, наркотиків або ризикованих форм поведінки.

Профілактика туберкульозу вимагає розвитку ранньої діагностики, доступності флюорографії, соціального супроводу хворих, мобільних медичних бригад та активної роботи з групами ризику. Профілактика ВІЛ-СНІД залежить від рівня сексуальної освіти молоді, доступності тестування, розвитку дружніх до молоді послуг та зниження стигматизації. Профілактика наркоманії ґрунтується на психологічній підтримці, створенні альтернатив для дозвілля молоді, впровадженні програм розвитку життєвих навичок. Профілактика алкоголізму потребує розвитку спортивної інфраструктури, низького рівня доступності нелегального алкоголю, підтримки сімей та підвищення рівня соціального капіталу в громаді.

Громади можуть відігравати ключову роль у профілактиці соціально небезпечних хвороб через створення соціально-корисної інфраструктури, розвиток молодіжних центрів, спортивних об'єктів, культурних просторів, залучення молоді до волонтерства, створення програм психологічної підтримки, розвиток партнерства з медичними закладами та громадськими організаціями, впровадження комплексних освітніх програм. Такі кроки суттєво знижують рівень ризикової поведінки та сприяють формуванню позитивного соціального середовища. Позитивні приклади з різних регіонів України підтверджують, що громади, які інвестують у профілактику, отримують значно кращі результати у сфері громадського здоров'я.

У перспективі громадам необхідно посилювати свої превентивні системи, розробляючи локальні програми профілактики, створюючи міжсекторальні команди, забезпечуючи навчання фахівців, розвиваючи співпрацю зі школами та молодіжними структурами, формуючи культуру здорового способу життя та психологічної підтримки. Лише комплексний підхід з урахуванням

особливостей кожної громади дозволить досягти реального зменшення поширеності туберкульозу, ВІЛ, наркоманії та алкоголізму і сформувати безпечне середовище для підлітків та молоді у повоєнній Україні.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі проаналізовано поняття «соціально небезпечні хвороби» як групи захворювань, що мають значний вплив на здоров'я населення та соціально-економічний розвиток держави. До них належать: алкоголізм, наркоманія, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, а також окремі супутні стани, які поглиблюють ці проблеми.

Державна політика у досліджуваній сфері базується на низці ключових законодавчих актів: Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»; Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ»; Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів»; Державні цільові програми боротьби з туберкульозом та протидії наркозалежності (оновлення 2021-2023 рр.); Постанови уряду щодо розвитку програм замісної підтримувальної терапії та упорядкування продажу алкогольних виробів.

Мною показано, що під час війни ці програми потребують перегляду та посилення, адже традиційні інструменти превенції – санітарно-освітня робота, планові огляди, раннє виявлення, школи довіри, офлайн-консультування – зазнали серйозних організаційних обмежень через повномасштабне вторгнення.

Станом на 2023-2025 роки Україна стикнулася з комплексними викликами:

- Зростання рівня залежностей. За даними спеціалізованих центрів, кількість звернень щодо алкогольної залежності зросла в середньому на 20-25% у громадах, які зазнали обстрілів або мають великий відсоток ВПО.

- Посилення ризиків наркоманії. Незважаючи на війну, програми замісної терапії залишаються критично важливими. У 2022 році під час активних боїв деякі регіони втратили до 40% пунктів видачі препаратів, однак у 2023-2024 рр. їхню роботу було відновлено через мобільний формат.

- Туберкульоз як системна проблема. Україна залишається серед країн із високим рівнем захворюваності на туберкульоз: приблизно 25-26 тис. нових випадків щороку, з яких до 30% - мультирезистентні форми. Війна ускладнила

безперервність лікування, але гуманітарні місії частково компенсували цю прогалину.

Особливо складною є ситуація у прифронтових регіонах. У Харківській області 2022-2023 рр. були випадки, коли видача протитуберкульозних препаратів здійснювалася у підвалах лікарень або мобільних пунктах. У Донецькій області в окремі місяці 2022 р. рівень охоплення пацієнтів контрольованим лікуванням падав до 50%, але завдяки мобільним бригадам партнерських організацій у 2024 р. цей показник перевищив 80%.

Разом з тим, в роботі я наводжу низку ефективних прикладів, що демонструють можливості швидкої адаптації системи профілактики.

1. Мобільні медичні команди Лікарів без кордонів (MSF) у Харківській та Миколаївській областях. У 2022-2024 рр. вони забезпечили понад 40 тис. консультацій, включно з видачею протитуберкульозних препаратів, проведенням скринінгу на ВІЛ та роботою психологів. У деяких громадах це був єдиний доступний інструмент раннього виявлення туберкульозу.

2. Модель «гуманітарної замісної підтримувальної терапії» у Дніпропетровській області. Після обстрілів у 2022 р. частина пацієнтів не могла добиратися до стаціонарних пунктів видачі препаратів. Мобільні групи на базі центрів психічного здоров'я видавали індивідуальні набори ЗПТ на кілька днів наперед. Це дозволило уникнути зриву лікування для понад 800 людей.

3. Психосоціальні хаби у громадах Харківщини (Чугуїв, Берестин, Лозова). Створені за підтримки міжнародних фондів, вони поєднували консультації психологів, превентивні лекції для підлітків, групові зустрічі для ветеранів та супровід у складних життєвих обставинах. У 2023 р. такі хаби охопили понад 12 тис. осіб.

4. Відновлення системи туберкулінодіагностики та флюорографії через мобільні пересувні кабінети. У Запорізькій області понад 15 тис. людей у 2023 р. пройшли обстеження саме завдяки виїзним флюорографам.

Ці приклади демонструють, що навіть у критичних умовах можливо створити дієві моделі профілактики, які здатні працювати у громадах з обмеженою інфраструктурою.

Таким чином, державна система профілактики соціально небезпечних хвороб, попри руйнування інфраструктури, продемонструвала загальну здатність до адаптації. Водночас вона потребує переосмислення моделей організації послуг, з огляду на сучасні ризики: збільшення залежностей, психологічні травми, переміщення населення, нестабільність медичної мережі. Найбільш ефективними виявилися саме мобільні та гнучкі форми надання послуг – мобільні медичні бригади, виїзні флюорографи, дистанційне консультування, гуманітарні формати замісної терапії, інтегровані психосоціальні хаби. Ці моделі доказово зменшили ризик зриву лікування та забезпечили доступ до профілактики навіть у критичних умовах.

Значною прогалиною залишається профілактика алкоголізму, яка традиційно менш охоплена системними державними програмами. В умовах війни зростає потреба у розвитку програм та груп підтримки, просвітницьких кампаній та міжсекторальних ініціатив. Успішні приклади гуманітарного реагування показують, що залучення міжнародних партнерів може бути не лише тимчасовим рішенням, а й основою для розбудови стійкої повоєнної системи.

В якості практичних рекомендацій мною запропоновано:

1. Інституційне зміцнення системи профілактики в громадах. Необхідно розширювати мережу психосоціальних хабів, центрів первинної профілактики, кабінетів довіри та інтегрованих сервісів на базі ЦНАПів, центрів соціальних служб та амбулаторій.

2. Створення державної програми розвитку мобільних медичних служб. Успішні практики гуманітарних місій потрібно інституціоналізувати – сформувати мережу державних мобільних команд для прифронтових і віддалених громад.

3. Розширення програм протидії алкоголізму. Рекомендується запровадити сучасні підходи, зокрема програми «раннього втручання» у громадах,

освітні проєкти для молоді, відповідальне регулювання продажу алкоголю у прифронтових районах.

4. Забезпечення безперервності протитуберкульозної терапії. Потрібні: стабільні запаси препаратів на 3-6 місяців у кожній області, цифровий моніторинг прихильності до лікування, розширення мережі мобільної діагностики.

5. Посилення міжвідомчої координації. Профілактика соціально небезпечних хвороб – це сфера, де повинні взаємодіяти МОЗ, Мінсоцполітики, МОН, Міністерство ветеранів, органи місцевого самоврядування та громадські організації. Необхідно створити регіональні координаційні ради на рівні ОВА.

6. Підготовка кадрів для післявоєнного відновлення. Рекомендується збільшити кількість програм підготовки психологів, наркологів, фахівців із залежностей, соціальних працівників, а також забезпечити громади малих міст фахівцями через цільові контракти та мотиваційні пакети.

7. Розвиток цифрових платформ профілактики. Онлайн-консультування, мобільні додатки для контролю лікування туберкульозу, електронні модулі мотиваційного консультування повинні стати частиною стандартних державних послуг.

Отже, ефективна публічна політика профілактики соціально небезпечних хвороб є ключовою умовою стійкості населення в період війни та основою для повоєнного розвитку. Гнучкість, мобільність, міжвідомча координація та орієнтація на потреби громади – це ті принципи, які повинні визначати українську політику у цій сфері в найближчі роки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітичний звіт за результатами опитування українських підлітків у 2022/2023 роках «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» в межах міжнародного проекту ВООЗ "Health behaviour schoolage children" (HBSC). Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременка. Київ, 2024. 94с.
2. БО "100% життя". Вебсайт. 2017. URL: <https://network.org.ua/>
3. Звіт щодо наркоситуації в Україні за 2022 рік. ДУ "УСПЗ МОЗ України". 2022. URL: <https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/zvit-shhodo-narkotychnoyi-ta-alkogolnoyi-sytuacziyi-v-ukrayini-2022.pdf>
4. Державна установа «Спорт для всіх» : Вебсайт. URL: <https://sportforall.gov.ua/>
5. Європейський досвід організації фізичної активності дітей та підлітків: проблематика і перспективи. Семененко В., Трачук С., Теліус В., Малишева О. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту. НУФВСУ*. 2023. URL: <http://tmfvs-journal.uni-sport.edu.ua/article/view/286096/280130>
6. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ). Центр громадського здоров'я МОЗ України : вебсайт. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt> (дата звернення 01.10.2024).
7. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 07.12.1984 р. Документ № 80731-Х. Дата оновлення : 25.10.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80731-10#Text>
8. Комплексна програма з профілактики наркотичних та алкогольних проблем, зорієнтована на учнів 1-11 класів, їх батьків та персонал загальноосвітніх закладів I – III ступенів навчання: Загальний виклад програми профілактичних дій / Вієвський А. М. та ін. Київ. 2014. 38 с. URL: https://mon.gov.ua/static-objects/mon/sites/1/pozashkilna/kompleksna_programa_2014.doc

9. Конституція України від 28.06.1996 р. Документ № 254к/96-ВР. Дата оновлення : 01.01.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>

10. Литвинова Л.В. Феномен бюрократичної культури: теоретичний аналіз та виклики в умовах формування сучасної соціально-орієнтованої культури публічного управління в Україні. *Методологія, теорія та історія державного управління*. №4. 2019. URL: http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2019/23.pdf

11. Міжнародні стандарти з профілактики вживання наркотиків. United Nations office on drugs and crime. 2015. URL: https://mms.gov.ua/storage/app/sites/16/Mizhnarodna_dijalnist/zdorovyi_sposib_zhyttia/mijnarodnistandartizprofilaktiki1.pdf

12. Підліткам про ВІЛ: свідома профілактика й повноцінне життя. Людмила Лутицька. *Освіта.ua*. 2021-07-02. URL: <https://osvita.ua/school/method/82964/>

13. Підліткова наркоманія – причини, ознаки і наслідки. Медичний центр Медлюкс : Вебсайт. URL: <https://medlux.net.ua/narcologiya/pidlitkova-narkomaniya-prychyny-oznaky-i-naslidky/>

14. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 № 735-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-p#Text>

15. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2030 року : Пояснювальна записка до проєкту розпорядження Кабінету Міністрів України. Міністерство охорони здоров'я України : Офіційний веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/uk/proekt-rozporjadzhennja-kabinetu-ministriv-ukraini-pro-shvalennja-strategii-derzhavnoi-politiki-schodo-narkotikiv-na-period-do-2030-roku->

16. 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-ХІІ. Дата оновлення : 01.10.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>

17. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними : Закон України від 15.02.1995 р. № 62/95-ВР. Дата оновлення : 31.03.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-вр#Text>

18. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки : Закон України від 05.06.2012 № 1026-VI. Дата оновлення : 07.07.2012. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/laws/show/1026-17#n3>

19. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори: Закон України від 15.02.1995 № 60/95-ВР. Дата оновлення : 16.08.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/60/95-вр#Text>

20. Про національну стратегію розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у новій українській школі : Указ Президента України від 25.05.2020 р. № 195/2020. Дата оновлення : 26.05.2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/195/2020#Text>

21. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 28.08.2013 № 735-2013-р. Дата оновлення : 28.08.2013. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-р#Text>

22. Про фізичну культуру і спорт : Закон України від 24.12.1993 р. № 3808-ХІІ. Дата оновлення : 06.10.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text>

23. Про схвалення Концепції створення системи моніторингу ситуації у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів : Розпорядження КМУ від 17.10.2011 р. № 1193-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1193-2011-р#Text>

24. Соціальний проєкт «Активні парки – локації здорової України». Міністерство молоді та спорту України : Офіційний вебпортал. 2023. URL: <https://mms.gov.ua/news/sotsialnyi-proekt-aktyvni-parku-lokatsii-zdorovoi-ukrainy>
25. A monitoring framework for the implementation of policies to promote health enhancing physical activity (HEPA), based on the EU Physical Activity Guidelines. *European Commission*. 2013. URL: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013SC0310>.
26. Action framework and strategies for successful implementation. Health and social responses to drug problems: a European guide. EUDA. 2021. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/health-and-social-responses-a-european-guide_en
27. Alcohol and drug prevention in the Nordic countries — a conference report by Sebastian Dahlström. *Nordic Welfare Centre*. 2023. URL: <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1723786/FULLTEXT01.pdf>
28. CDC: Centers for Disease Control and Prevention. Website. URL: <https://www.cdc.gov/index.html>
29. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organization. 2009. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_eng.pdf
30. Every move counts towards better health – says WHO. 25 November 2020. News release. URL: <https://www.who.int/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who>
31. Farah Mohamed Abdullahi. Introduction to New Public Management (NPM). *Global Scientific Journals* 05.05.2024 №12. URL: https://www.globalscientificjournal.com/researchpaper/Introduction_to_New_Public_Management_NPM_.pdf
32. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world: guidance. *World Health Organization*. 2018. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?sequence=1>

33. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world: At-a-glance. *World Health Organization*. 2018. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-eng.pdf?sequence=1>
34. Global status report on physical activity 2022. *World Health Organization*. 2022. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363607/9789240059153-eng.pdf?sequence=1>
35. Global status report on physical activity 2022: country profiles. *World Health Organization*. 2022. URL: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2017/2/17.pdf>
36. Healthy lifestyles and healthy nutrition in national document health policy. European Commission. 28.11.2023. URL: <https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/netherlands/74-healthy-lifestyles-and-healthy-nutrition>
37. Is the Salut Programme an effective and cost-effective universal health promotion intervention for parents and their children? A register-based retrospective observational study. *BMJ Open*. 2017. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5623579/>
38. Just Say No. US Department of Justice Program. NCJ Number 118410. 1986. URL: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/just-say-no>
39. Kadakure, A.; & Twum-Darko, M. Evolution of public administration and its implication to management and business education. *Journal of Management and Business Education* №7(3), 463-476. 2024. URL: <https://doi.org/10.35564/jmbe.2024.0026>
40. Montana Meth Project. Website. URL: <https://montanameth.org/>
41. Rat Park: How a rat paradise changed the narrative of addiction. Gage, S. H., & Sumnall, H. R. (2019). *Addiction*, 114(5). URL: <https://doi.org/10.1111/add.14481>
42. Steps to health: a European framework to promote physical activity for health. WHO Regional Office for Europe. 2007. URL:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107830/E90191.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

43. STEPwise approach to NCD risk factor surveillance (STEPS). Noncommunicable Disease Surveillance, Monitoring and Reporting. *Health Organization*. 2021. URL: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>

44. The public health dimension of the world drug problem : How WHO works to prevent drug use, reduce harm and improve safe access to medicines. *World Health Organization*. 2019. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311674/WHO-MVP-EMP-2019.02-eng.pdf?sequence=5>

45. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolution. *The United Nations General Assembly*. 2015. URL: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n15/291/89/pdf/n1529189.pdf>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Вік першого сексуального партнера	Вік респондента					Стать		Тип населеного пункту		Всі опитані
	13 років	14 років	15 років	16 років	17 років	Дівчата	Хлопці	Місто	Село	
11 років або менше	10	8	6	3	3	3	6	4	6	5
12 років	8	4	2	1	1	1	3	1	3	2
13 років	24	14	3	2	1	1	7	5	5	5
14 років	3	15	12	8	4	4	11	8	9	8
15 років	11	15	20	12	8	10	16	14	13	13
16 років	3	9	19	24	20	18	20	20	17	19
17 років	5	1	12	18	21	19	12	15	14	15
18 років	11	5	4	11	12	12	7	9	8	9
19 років	3	1	3	5	8	8	2	5	5	5
20 років і більше	13	19	13	12	17	20	10	14	14	14
Я не знаю	9	9	6	4	5	4	6	5	6	5

Табл. А-1. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «Скільки років було твоєму партнеру, коли ти вперше вступив(ла) у статеві стосунки?», % (вказано відсоток серед респондентів, які мають сексуальний досвід) [1, с. 64]

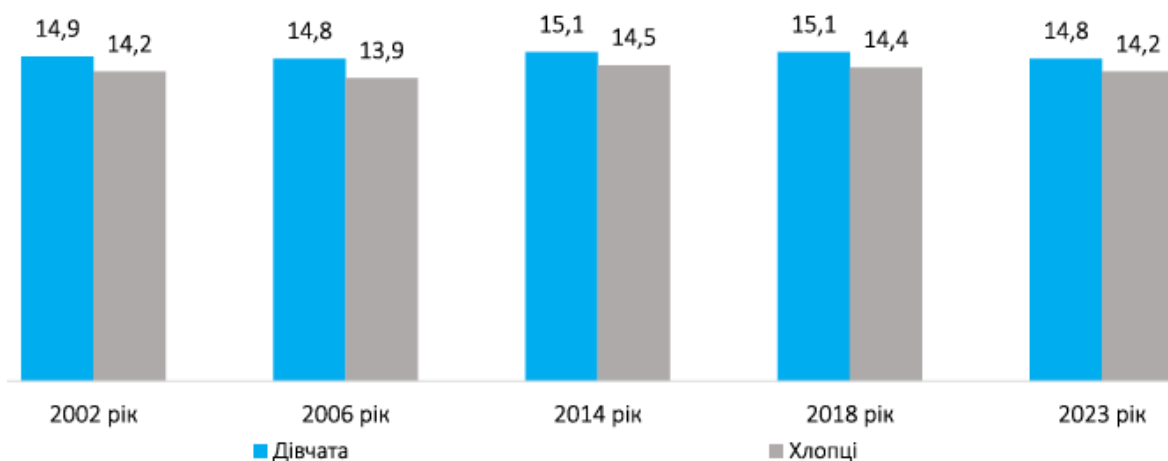


Рис. А-1. Середній вік респондентів, коли вони вперше вступили у статеві стосунки, років [1, с. 63]

ДОДАТОК Б



Рис. Б-1. Частка респондентів, які знають, куди звертатися, щоб пройти тестування на ВІЛ інфекцію, % [1, с. 69]

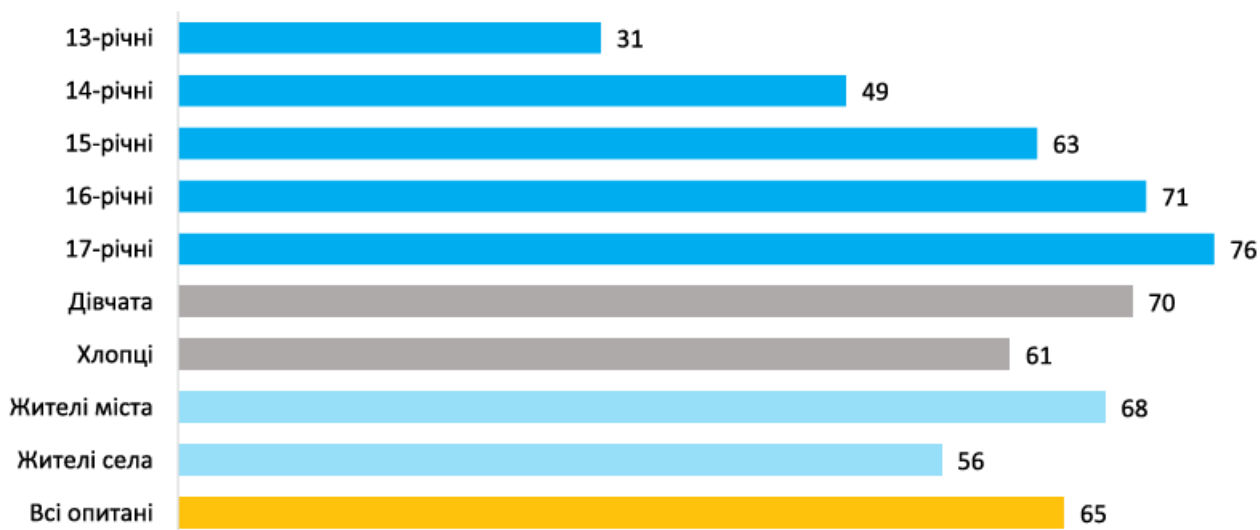


Рис. Б-2. Частка респондентів, які використовували презерватив при першому сексуальному контакті, % (вказано відсоток серед респондентів, які мають сексуальний досвід) [1, с. 65]