



АНАЛІЗ ТА ОПИС МОДЕЛЕЙ/ПІДХОДІВ

до надання послуг замісної
підтримувальної терапії

приватні клініки

самостійний прийом

сталість програми ЗПТ

ЗПТ у ЦПМСД психосоціальний супровід

СВІТОВИЙ ДОСВІД

фінансування

місцевий бюджет

госпрозрахунковий кабінет



АНАЛІЗ ТА ОПИС МОДЕЛЕЙ/ПІДХОДІВ до надання послуг замісної підтримувальної терапії

Матеріали опубліковані за підтримки Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та у співпраці з Центрами контролю та профілактики захворювань США (CDC) і МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Київ – 2017

Автори:

Басенко А., Власенко Л., Дебелюк М., Демченко М., Загребельний О.,
Злиденний Т., Іванчук І., Коломієць В., Слободянюк П., Філіппович С., Шост А.

Експертизу напрацювань здійснили наступні фахівці:

Гриценко Т. (ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»),
Лібанов О. (приватна клініка, м. Київ),
Ключарьов К. (приватна клініка, м. Харків),
Подольан І. (Одеський регіональний центр профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом),
Римар П. (Миколаївський обласний наркологічний диспансер),
Скопич В. (Івано-Франківський обласний наркологічний диспансер),
Солонський В. (Криворізький психоневрологічний диспансер),
Ярий В. (Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія»),
Лебега О. (Представництво Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC) в Україні),
Малвей К. (PEPFAR-Substance Abuse and Mental Health Services Administration).

Аналіз та опис моделей/підходів до надання послуг замісної підтримувальної терапії. —

А64 Басенко А., Власенко Л., Дебелюк М. та ін. — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство «Україна» 2017. — 112 с.

ISBN 978-966-137-075-2

Ці матеріали опубліковано за підтримки Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) та у співпраці з Центрами контролю і профілактики захворювань США (CDC). CDC не бере на себе жодної відповідальності за правдивість фактів, представлених у цих матеріалах. Зміст, викладені позиції, результати та висновки належать суто авторам матеріалів та ні в якому разі не відображають офіційну позицію або політики Центрів контролю та профілактики захворювань США або уряду США.

These materials have been published with support of U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) in collaboration with U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). CDC assumes no responsibility for the factual accuracy of the materials presented. The content of materials, opinions expressed, findings and conclusions reported by the authors of materials are strictly their own and in no way meant to represent the official position or policies of CDC or US Government.

УДК 364-78:[616.98:578.828ВІЛ]

Розповсюджується безкоштовно

Формат 60x90/8

Ум. друк. арк. 6,51.

Тираж 400 прим. Зам. № 12/7

ТОВ «Агентство «Україна»

01054, м. Київ, вул. Гончара, 55

Свідоцтво про реєстрацію серії ДК № 265 від 30.11.2000 р.

ISBN 978-966-137-075-2

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	5
------------------------	---

ВСТУП	6
-------------	---

РОЗДІЛ 1. ОПИС ПІДХОДІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ЗПТ У КРАЇНАХ СВІТУ 8

1.1 АВСТРАЛІЯ. «КОМУНАЛЬНІ АПТЕКИ ТА ПЛАТА ЗА «РОЗЛИВ» (РЕГІОН — ТИХООКЕАНСЬКИЙ)	8
1.2 ГОНКОНГ (КИТАЙ). «МЕТАДОН ЗА ПОТРЕБОЮ» (РЕГІОН — АЗІЯ)	10
1.3 ІРАН. «КРАЇНА ПАРАДОКСІВ» (РЕГІОН — БЛИЗЬКИЙ СХІД ТА ПІВНІЧНА АФРИКА)	11
1.4 МЕКСИКА ТА КОЛУМБІЯ. «НИЗЬКА ДОСТУПНІСТЬ — НИЗЬКЕ ОХОПЛЕННЯ».	12
(РЕГІОН — ЛАТИНСЬКА АМЕРИКА)	12
1.5 НІМЕЧЧИНА. «РОЗМАЇТТЯ ПРЕПАРАТІВ ТА ПІДХОДІВ» (РЕГІОН — ЗАХІДНА ЄВРОПА, КРАЇНА ЄС)	12
1.6 ФРАНЦІЯ. «ВИДАЧА ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ПРИЙОМУ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ» (РЕГІОН — ЗАХІДНА ЄВРОПА, КРАЇНА ЄС)	14
1.7 СПОЛУЧЕНЕ КОРОЛІВСТВО ВЕЛИКОЇ БРИТАНІЇ (СК). «ОПЛАТА ЗА РЕЗУЛЬТАТ» (РЕГІОН — ПІВНІЧНО-ЗАХІДНА ЄВРОПА, КРАЇНА ЄС)	14
1.8 ДАНІЯ. «МІСЦЕВА ВЛАДА ВИРІШУЄ ВСЕ» (РЕГІОН — ПІВНІЧНА ЄВРОПА, КРАЇНА ЄС)	15
1.9 БОЛГАРІЯ. «КЛІЄНТИ ПЛАТЯТЬ, АЛЕ ПОГАНО УТРИМУЮТЬСЯ» (РЕГІОН — ПІВДЕННО-СХІДНА ЄВРОПА, КРАЇНА ЄС)	16
1.10 ГРЕЦІЯ. «ТОТАЛЬНА ЦЕНТРАЛІЗАЦІЯ» (РЕГІОН — ПІВДЕННА ЄВРОПА, КРАЇНА ЄС)	16
1.11. БІЛОРУСЬ. «ЗПТ — МОНОПОЛІЯ ДЕРЖАВИ ТА НАРКОЛОГІЇ» (РЕГІОН — СХІДНА ЄВРОПА, КРАЇНА СНД, У МИНУЛОМУ ОДНА ІЗ РЕСПУБЛІК СРСР)	18
1.12. КИРГИЗСТАН. «14 РОКІВ І ДОСІ ПІЛОТ» (СЄЦА, СУБРЕГІОН — ЦЕНТРАЛЬНА АЗІЯ) ..	19
1.13. ГРУЗІЯ. «50/50, НУО І СПЛАЧУЙ НАВІТЬ ЗА ОДИН ДЕНЬ» (РЕГІОН — СЄЦА, СУБРЕГІОН —КАВКАЗ)	19
1.14 АНАЛІЗ ФІНАНСОВИХ ВИТРАТ НА ПРОГРАМУ ЗПТ В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ	20
1.15 ГРАФІКИ ТА ТАБЛИЦІ	22
1.16 ВИСНОВКИ	28
ПОСИЛАННЯ	30

РОЗДІЛ 2. ДУМКА ЕКСПЕРТІВ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННЯ РІЗНИХ МОДЕЛЕЙ/ПІДХОДІВ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ.....	33
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

РОЗДІЛ 3. ОПИС МОДЕЛЕЙ/ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	42
-------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

3.1 ВИДАЧА ПРЕПАРАТІВ ЗПТ ПАЦІЄНТАМ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ПРИЙОМУ ПОЗА МЕЖАМИ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ	44
3.2 НАДАННЯ ЗПТ НА БАЗІ ЛПЗ, ЩО НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ — ЦЕНТРІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ (ЦПМСД) ТА СІМЕЙНИХ АМБУЛАТОРІЙ	60
3.3 ВПРОВАДЖЕННЯ ЗПТ НА БАЗІ ГОСПРОЗРАХУНКОВОГО КАБІНЕТУ	71
3.4 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ПАЦІЄНТІВ ЗПТ ЗА КОШТИ МІСЦЕВИХ БЮДЖЕТІВ ШЛЯХОМ ОТРИМАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАМОВЛЕННЯ	86
3.5 ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ З ОПІОЇДНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ПРЕПАРАТАМИ ЗАМІСНОЇ ПІДТРИМУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ЗА РАХУНОК ЗАЛУЧЕННЯ КОШТІВ МІСЦЕВИХ БЮДЖЕТІВ	96
3.6 ВПРОВАДЖЕННЯ ЗПТ НА БАЗІ ПРИВАТНИХ КЛІНІК	103

РОЗДІЛ 4. ПЛАН ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИЙ НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УМОВ РЕАЛІЗАЦІЇ МОДЕЛЕЙ ТА ПІДХОДІВ ЩОДО ФОРМУВАННЯ СТАЛОСТІ ПРОГРАМИ ЗПТ	108
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

Список скорочень

АРВ-терапія (АРТ) — антиретровірусна терапія

ВІЛ — вірус імунодефіциту людини

ДОЗ/УОЗ — департамент/управління охорони здоров'я

ДОТС — короткотермінове лікування туберкульозу під безпосереднім наглядом

ЄС — Європейський Союз

ЗПТ — замісна підтримувальна терапія

ЛЖВ — люди, які живуть з ВІЛ

ЛЗП — лікар загальної практики (GP — General Practitioner)

ЛПЗ — лікувально-профілактичний заклад

МКХ-10 — міжнародна статистична класифікація хвороб 10-го перегляду

МОЗ — Міністерство охорони здоров'я

МПСС — Медичний, психологічний і соціальний супровід пацієнтів ЗПТ

НУО — неурядові організації

ОКАНА (OKANA) — Грецька Організація по Боротьбі з Наркотиками

ОСМС — Організація Соціально-Медичного Страхування (в Німеччині)

ПАР — психоактивні речовини

ПТСР — посттравматичний стресовий розлад

ПМД — первинна медична допомога

ПОШ — програма обміну/видачі шприців та голок

ПРООН — Програма Розвитку ООН (UNDP)

СІН — споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД — синдром набутого імунодефіциту

СРСР — Союз Радянських Соціалістичних Республік

ТБ — туберкульоз

ЦПМСД — центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги

Вступ

Стрімке поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні та світі, основною рушійною силою якої стало споживання ін'єкційних наркотиків, привело до усвідомлення того, що ефективна відповідь на епідемію неможлива без впровадження широкомасштабних програм профілактики та лікування, серед яких важливе місце займають заходи, спрямовані на споживачів наркотиків.

Відповідно до основ Європейської політики «Здоров'я 2020», спрямованої на підтримку дій всієї держави та суспільства в інтересах здоров'я та благополуччя громадян, яка на сьогоднішній день є орієнтиром у системі реформування охорони здоров'я в Україні, однією з пріоритетних областей стратегічних дій є підтримка інтенсивних заходів щодо боротьби з інфекційними захворюваннями, серед яких особливе місце посідають виклики, пов'язані з розповсюдженням ВІЛ/СНІДу та ТБ серед уразливих груп.

Криміналізація та жорстоке переслідування СН підживлюють пандемію ВІЛ/СНІДу, оскільки призводять до маргіналізації наркозалежних осіб, створюють додаткові перешкоди щодо їх залучення до програм профілактики та лікування, сприяють продовженню ризикованої та кримінальної поведінки, пов'язаної зі спробами пошуку коштів на придбання наркотиків. Більшість країн ЄС та США демонструють відмову від підходу «боротьба з наркотиками», де споживання наркотичних речовин розглядається не як медична, а як юридична проблема в площині «злочин-покарання», підтримуючи впровадження концепцій зменшення шкоди та забезпечення безперешкодного доступу до лікування для всіх, хто його потребує.

Завдяки вчасному та широкомасштабному впровадженню таких стратегій країнам вдалося зупинити розвиток епідемії та зменшити її тягар і гніт наслідків вживання нелегальних ПАР на систему охорони громадського здоров'я.

Зокрема, в Єдиній конвенції щодо наркотичних засобів 1961 року йдеться про те, що надання послуг з лікування залежності повинно бути одним з першочергових завдань серед заходів боротьби із зловживанням наркотичними засобами.

Програми ЗПТ на сьогоднішній день визнані ефективним методом як профілактики захворювань, що передаються через кров, так і лікування опіїдної залежності та призначаються для осіб, які мають встановлений діагноз опіїдної залежності відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб, 10-го перегляду (МКХ-10).

У свою чергу, препарати метадон та бупренорфін, що використовуються в ЗПТ, у 2005 році були включені Всесвітньою організацією охорони здоров'я до Переліку основних лікарських засобів.

За даними досліджень, проведених в країнах ЄС та США, кожен долар, вкладений в програми лікування опіїдної залежності, може зберегти до 12 доларів завдяки скороченню витрат на медичне обслуговування та заходи пов'язані з кримінальним судочинством, утриманням наркозалежних у в'язницях тощо. Тобто програма ЗПТ повинна розглядатися як економічно ефективний метод лікування та профілактики, який приносить користь всьому суспільству завдяки зменшенню тягаря, пов'язаного з негативними наслідками споживання наркотичних речовин.

Протягом більш ніж 10 років впровадження програми ЗПТ в Україні завдяки координації зусиль державних органів, міжнародних організацій та представників громадського сектора вдалося досягти значних успіхів у її реалізації. Однак, незважаючи на низку досягнень, все ж залишається невирішеним ряд питань, які пов'язані переважно із забезпеченням сталості послуг програми ЗПТ в умовах поступового зменшення донорської підтримки, її науково-методичного супроводу, моніторингу та оцінки.

В умовах епідемії ВІЛ/СНІДу та наркозалежності надзвичайно важливим є єдність всіх суб'єктів реалізації політики щодо наркотиків, надання медичної та соціальної допомоги уразливим щодо ВІЛ групам населення як основних завдань та стратегії розвитку програми ЗПТ в контексті реформування системи охорони здоров'я та, зокрема, розбудови інституту громадського здоров'я.

Так, відповідно до завдань і очікуваних результатів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, до кінця 2018 року послугами замісної підтримувальної терапії планується охопити 20 892 особи з опіоїдною залежністю.

Водночас гостро стоїть питання щодо джерел фінансування закупівель препаратів та ресурсів на адміністрування й обслуговування програм ЗПТ. Навіть за умови виділення в повному обсязі державного фінансування очевидно є неспроможність існуючої системи забезпечити надання якісних послуг з лікування в тих умовах, в яких на сьогоднішній день розвивається програма.

В умовах дефіциту державного бюджету постає питання щодо пошуку шляхів впровадження найбільш економічно ефективних моделей та підходів до надання послуг ЗПТ, які б дозволяли надавати якісні послуги з лікування без додаткового фінансового тягаря як на рівні конкретного лікувально-профілактичного закладу, так і на рівні держави. Забезпечення життєстійкості програми, яке стало на сьогоднішній день серйозним викликом для країни, можливе лише за умови раціонального переосмислення майбутнього розвитку програми, оптимізації витрат та впровадження ефективних підходів до надання послуг на національному рівні.

Метою даної публікації є узагальнення міжнародного та українського досвіду щодо забезпечення життєстійкості програми ЗПТ.

Зазначена мета реалізовувалася через виконання наступних завдань:

- Аналіз досвіду надання послуг ЗПТ у більш ніж 35 країнах, які представляють різні частини світу (Тихоокеанський регіон, Близький Схід та Північна Африка, Азія, Латинська Америка, Європа, Кавказ) з акцентом на досвіді країн, що розвивалися у схожих з Україною соціально-політичних умовах, та у контексті їх стійкості.
- Збір експертних думок щодо впровадження різних моделей/підходів до забезпечення життєстійкості замісної підтримувальної терапії (опитано 11 експертів національного та 9 експертів регіонального рівнів — медичний персонал, представники державних установ та міжнародних організацій/міжнародних проектів, представники НУО, які працюють у сфері формування політики щодо ЗПТ, розвитку програм).
- Відбір найбільш перспективних для України моделей/підходів до ЗПТ з точки зору фінансування програми та надання послуг для забезпечення її сталості на основі вивчення міжнародного досвіду та результатів опитування експертів.
- Вивчення та опис виділених моделей/підходів і формування плану дій для створення умов щодо їхнього практичного впровадження (до опису моделей було залучено експертів, які мають досвід їх практичного впровадження).

Результатом роботи став опис шести моделей/підходів щодо організації надання послуг ЗПТ, вивчення яких є найбільш перспективним для України у контексті забезпечення життєстійкості програми. Посилання на Додатки в описі моделей доступні на окремих цифрових носіях (додаються до цього матеріалу).

На сьогоднішній день не менше 80 країн і територій світу впроваджують програми ЗПТ, охоплюючи, загалом, понад мільйон клієнтів. Для ЗПТ найчастіше використовуються метадон та бупренорфін, але в деяких країнах також застосовуються препарати з повільним вивільненням морфіну, кодеїну та героїну в якості медикаментозного підтримувального лікування. Останні дві країни, які порівняно недавно (з 2012 року) запровадили ЗПТ, це Буркіна-Фасо та Туреччина. ЗПТ також доступна тепер в Бахреїні, але лише в реабілітаційних центрах.

Кількість сайтів, що надають ЗПТ, і частка осіб, які отримують замісну терапію, значно вищі в країнах з високим рівнем доходів. Як і у випадку з програмами обміну шприців (ПОШ), країни з низьким і середнім рівнем доходів часто мають найменшу кількість сайтів ЗПТ і низький рівень охоплення лікуванням.

У цілому з 2012 року 25 країн світу розширюють надання ЗПТ, наприклад, В'єтнам, який вдвічі збільшив кількість осіб, які отримують лікування¹. На жаль, у багатьох країнах, і Україна не є виключенням, охоплення існуючими програмами ЗПТ залишається істотно нижчим за мінімальні рівні, рекомендовані міжнародними керівництвами, тоді як збільшення масштабів лікування та підвищення її якості є необхідною умовою досягнення найбільшого ефекту інтервенцій. І саме в сенсі забезпечення якості, сталості та розширення програм ЗПТ постає питання стійких і ефективних моделей.

Для підготовки даного матеріалу проаналізовано підходи до організації та надання ЗПТ в понад 35 країнах різних регіонів світу з фокусом на країни Європейського Союзу, як вектор міжнародного розвитку України, та країни, що є екс-республіками СРСР, оскільки вони подібні до України за багатьма економічними, соціальними, політичними та епідеміологічними показниками.

1.1 Австралія. «Комунальні аптеки та плата за «розлив» (регіон — Тихоокеанський)^{2,3}

ЗПТ є важливою, науково обґрунтованою стратегією в загальній відповіді Австралії на вживання наркотиків. На даний час, кількість пацієнтів ЗПТ є стабільною протягом останніх років і становить 47 000 осіб.

Останнім часом, після майже 30 річного нарощення програмою своєї потужності, кількість пацієнтів на програмі практично не змінилася, залишаючись на стабільно високому рівні, що може свідчити про задоволення потреби і високий доступ до лікування та/або стабілізацію кількості осіб, що мають проблеми з ін'єкційним вживанням опіоїдів, а також зміну наркосцени.

Моделі надання ЗПТ в Австралії та Національна кампанія по боротьбі зі зловживанням наркотиками були створені у 1980-і роки після саміту за участі державних та федеральних урядовців, який було присвячено вирішенню зростаючої проблеми вживання героїну та потенційної загрози епідемії ВІЛ/СНІДу. Прийняте Національне керівництво з метадону містило докази того, що ЗПТ є ефективним

¹ [2] <https://www.hri.global/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf> – Global State of Harm Reduction 2014, HRI, London, 2014

² [12] <http://www.pennington.org.au/wp-content/uploads/2014/08/ORT-paper-for-consultation.pdf> – Opioid Replacement Therapy (ORT) Fees, Pennington Institute, Australia, 2014

³ [24] http://creidu.edu.au/policy_briefs_and_submissions/10-opioidpharmacotherapy-fees-a-long-standing-barrier-to-treatment-entry-and-retention – Opioid pharmacotherapy fees: A long-standing barrier to treatment entry and retention, CREIDU, Australia, 2014

методом лікування опіоїдної залежності, метою якого є не лише амбітна мета досягнення повної абстиненції, як було зазначено в попередніх керівництвах.

Зазначені зміни привели до швидкого розгортання програм підтримувальної терапії метадонам в Австралії як невід'ємної частини стратегії громадського здоров'я та, зокрема, методу профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед СІН.

Розширення програми у великих масштабах лише на базі спеціалізованих клінік призвело б до значного фінансового навантаження на державу, тому було прийнято рішення щодо *організації лікування на рівні громад, де ЗПТ здійснюється приватними лікарями загальної практики (ЛЗП)⁴ та комунальними аптеками*. На сьогоднішній день ЗПТ в Австралії надається на базі приватних, державних установ та на рівні громад.

Державні клініки, як правило, належать до категорії високоспеціалізованих лікувальних закладів, які опікуються проблемними або складними клієнтами, що мають багато потреб щодо отримання послуг. Ці клініки також надають так звані ад'юнкт (додаткові) послуги, такі як кейс-менеджмент.

У свою чергу, *приватні клініки та комунальні аптеки* обслуговують лише «стабільних» пацієнтів ЗПТ, забезпечуючи видачу препаратів без надання додаткових послуг.

Вартість програми відрізняється залежно від конкретної моделі — частина пацієнтів платить, частина — отримує лікування безкоштовно.

В цілому, із загальних витрат на ЗПТ на місяць (близько 12 млн. дол. США) 43% покривається за рахунок місцевих бюджетів, 33% — за рахунок пацієнтів та тільки 24% — федеральним (державним) бюджетом.

Основною моделлю є надання послуг на рівні громади. Для отримання послуги з лікування на зазначеному рівні пацієнт із залежністю має бути зареєстрований в уповноваженого лікаря загальної практики, аби мати змогу виписувати ліки для себе та в одній певній аптеці, щоб забезпечити видачу препарату, контроль при прийомі у певній дозі або видачу препарату «на руки» для самостійного прийому, залежно від рекомендацій лікаря. Роль фармацевта полягає в моніторингу поточного стану клієнта та інформуванні лікаря, що виписав препарат, про будь-які проблеми.

В той час як для уряду витрати є порівняно низькими, клієнти ЗПТ мають компенсувати програмні витрати фармацевтів за рахунок сплати за «розлив» (видачу препарату) з власної кишені. Аптеки — комерційні підприємства, щоб продовжувати надавати ЗПТ, вони повинні залишатися фінансово життєздатним варіантом.

Якщо візити до лікаря покриваються за рахунок полісу обов'язкового медичного страхування (Medicare), фармацевт змушений стягувати плату за програму («за розлив»). Вона варіюється від \$1 до \$10 в день (для порівняння — порція героїну на вулиці коштує орієнтовно \$50⁵), але залишається відносно стабільною протягом останніх двадцяти років. Фармацевти більшості регіонів країни не отримують жодної іншої плати за надання ЗПТ, хоча існують схеми субсидування в Тасманії та схеми мотивації в штаті Новий Південний Уельс.

У штатах, в яких уряди фінансують спеціалізовані клініки, плата за програму для клієнтів мінімальна або лікування є повністю безкоштовним. В свою чергу, надання ЗПТ через аптеки або приватні клініки державою не фінансується, тому покриття витрат на ці послуги закладено в клієнтські платежі.

Наприклад, в аптеці витрати на ЗПТ включатимуть:

- час фармацевта (необхідний, щоб забезпечити видачу дози клієнту і заповнити усі папери);
- витратні матеріали (склянки, пляшки, етикетки, серцеві ліки в деяких штатах);
- загальні витрати на бізнес.

⁴ Лікарі загальної практики (ЛЗП), або англійською General Practitioners (GP), це аналог сімейних лікарів (первинна ланка) в Україні з тією різницею, що в Австралії, вони в основному, ведуть практику, як приватні підприємці. З 2017 року в Україні, в рамках реформи системи охорони здоров'я, також планується запровадити таку форму господарювання для ЛЗП.

⁵ [40] Особиста комунікація з Ruth Birgin (INWUD, Australia, 2016)

Багато фармацевтів вважають, що плата клієнта за програму не покриває повністю витрати на надання ЗПТ, які компенсуються за рахунок решти бізнесу. В приватних клініках платежі за оплату послуг є суттєво вищими, ніж за послуги в аптечній мережі.

Державні клініки, де витрати клієнтів значною мірою або повністю субсидуються державою, як правило, надають послуги з лікування протягом дуже обмеженого часу, після чого клієнти переводяться до комунальної аптеки та лікаря загальної практики. Деякі клієнти можуть залишатися в цих клініках довше, якщо вважаються нестабільними або складними.

На сьогоднішній день однією з основних проблем у країні є низька здатність пацієнтів програми частково оплачувати послуги із ЗПТ, що нерідко призводить до накопичення боргів, переривання лікування, зниження доз препаратів.

1.2 Гонконг (Китай). «Метадон за потребою» (регіон — Азія)⁶

Незважаючи на поширеність розладів поведінки та психіки через вживання опіоїдів у мешканців Гонконгу, рівень ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків там набагато нижчий, ніж серед жителів сусідніх країн або інших районів Китаю.

Загальний рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків знаходиться на рівні нижче одного відсотка. Основною причиною цього вважається широка доступність програм ЗПТ. Влада Гонконгу продемонструвала прихильність та підтримку програм ЗПТ ще до початку епідемії СНІДу, відкривши в 1972 році першу метадонову клініку і продовжуючи підтримувати низькопорогову детоксифікацію метадоном і довготермінове метадонове лікування.

У регіоні працює 20 метадонових клінік, на базі яких лікування отримують понад 70% споживачів героїну. Переважна більшість клієнтів (близько 98%) обирають довготермінові метадонові програми, а не детоксифікацію.

Медіа-кампанія 2000 року зі зменшення шкоди позиціонувала підтримувальну терапію як метод зниження особистої та громадської шкоди, пов'язаної із вживанням ін'єкційних наркотиків. Це був перший випадок, коли уряд відкрито продемонстрував зацікавленість та підтримку програми. У 2002 році Департамент охорони здоров'я розпочав рекламну кампанію під гаслом «Зламай звичку до голки. Метадон допоможе». Уряд охарактеризував її як спробу підвищити довіру до лікування метадоном серед споживачів наркотиків та широкої громадськості.

Доступність є основною характеристикою програм лікування із використанням метадону в Гонконзі. На відміну від Сполучених Штатів і Західної Європи, де початок метадонової ЗПТ часто є доволі тривалим та бюрократичним процесом, *лікування в Гонконзі, як правило, надається за потребою вже у перший день звернення.*

Неповнолітні особи (до досягнення 18 років), які мають залежність від опіоїдів, можуть брати участь в програмі, але, як правило, після отримання підтвердженої згоди батьків.

Плата за лікування залишається незмінною роками — один гонконгський долар (менше 80 центів США) в день. Клініки працюють сім днів на тиждень і відкриті з ранку до ночі, забезпечуючи доступ до лікування для всіх учасників програми (до 57% яких працевлаштовані).

На відміну від багатьох інших країн, де співробітники метадонових програм повинні відповідати жорстким вимогам щодо проходження спеціальної підготовки і сертифікації, *клініки Гонконгу завжди працювали під керівництвом лікаря, але штат комплектувався добровольцями зі Служби допоміжної*

⁶ [5] https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/lowering-the-threshold-20100311-russian_0.pdf — Снижение порога: Модели доступного метадонового и бупренорфинового лечения, OSF, NYC, 2010

медицини, до складу якої входили представники різних професій та соціальних верств, починаючи з домогосподарок та продавців і закінчуючи банківськими клерками. Працюючи за номінальну плату, ці добровольці дозволили клініці подовжити робочий час з мінімальними витратами.

На сайтах ЗПТ пацієнти регулярно здають аналіз сечі для визначення загальної ефективності впливу програм на зниження вживання героїну, і, за наявними відомостями, їхні результати не використовуються для дискваліфікації пацієнтів з програм.

З 2004 року відвідувачі клініки регулярно здають аналізи сечі на ВІЛ (клієнти надають перевагу аналізу сечі перед кров'ю). Ці перевірки служать для заохочення раннього виявлення ВІЛ-інфекції, надання інформації клієнтам про зв'язок між ВІЛ та вживанням наркотиків, а також є сполучною ланкою між діагностикою та лікуванням. Окрім того, пропонуючи метадон, клініки також надають послуги соціальних працівників, групові консультації і щеплення від правця. Більшість з них працюють на базі звичайних поліклінік. Всі вони надають інформаційні матеріали стосовно профілактики ВІЛ та безкоштовно роздають презервативи.

1.3 Іран. «Країна парадоксів» (регіон — Близький Схід та Північна Африка)^{7,8}

Іран — ісламська країна, де вживання, не кажучи вже про розповсюдження, наркотичних речовин є криміналізованим, з можливим покаранням у вигляді смертної кари. Водночас країна демонструє всіляку підтримку програмам зменшення шкоди. Наприклад, всім учасникам програм ЗПТ та обміну шприців видається спеціальне посвідчення, і якщо поліція зупиняє на вулиці особу зі шприцом або під дією наркотиків, але з посвідченням, це не вважається злочином, оскільки сприймається як факт, що особа знаходиться на шляху виправлення.

В Ірані у замісній терапії використовують метадон (рідкий та таблетований) та настоянку опію. Закупівля препарату та підтримка роботи програми здійснюються державою.

Існує три напрями надання ЗПТ залежно від суб'єкта надання послуг:

- *Державні клініки* — препарат видається безкоштовно, але дуже чітко відстежується прихильність до лікування (регулярні тести на вживання ПАР, позитивні результати яких можуть бути підставою для виключення з програми).
- *Приватні клініки* — препарат видається за додаткову плату в розмірі 100–150\$ в місяць. До переваг цієї моделі належить те, що пацієнти знаходяться під пильною увагою та можуть лікуватися анонімно (оточуючі не знають, яке саме лікування отримує особа). Приватні клініки пропонують гнучку систему оплати — якщо пацієнт три місяці отримує лікування, є прихильним до нього, влаштувався на роботу тощо, то замість 150\$ на місяць за лікування платить 100\$. Ці клініки ведуть роботу не лише з пацієнтом, а й з його оточенням.
- *Лікування на базі НУО* — безкоштовне.

В Ірані ЗПТ отримують близько 430 000 пацієнтів. Це країна парадоксів, де споживання наркотиків — гріх і водночас духовенство підтримує ЗПТ. Надзвичайно розвинені дослідні інститути.

Налагоджена система видачі рідкого метадону через ідентифікацію пацієнта за допомогою відбитка пальців та використання дозатора. Існує можливість видачі рідкого метадону для самостійного прийому (видається в окремій промаркованій баночці).

⁷ [36] Особиста комунікація з Inga Babicheva (UNDP, Kyrgyzstan, 2016)

⁸ [42] <http://www.harm-reduction.org/ru/blog/substitution-therapy-iran-one-thousand-and-one-nights-fairy-tales>

1.4 Мексика та Колумбія. «Низька доступність — низьке охоплення» (регіон — Латинська Америка)^{9,10,11}

В силу специфіки наркосцени у даному регіоні та порівняно низької поширеності саме опіоїдних ін'єкційних наркотиків тільки дві країни Латинської Америки впроваджують програми ЗПТ — Мексика та Колумбія. Але їхній розвиток відбувається дуже повільно, а охоплення клієнтів залишається на низькому рівні. Наприклад, у Мексиці лише 18,6% споживачів опіатів мають доступ до ЗПТ. У 2010 році, за оцінками, число місць, де можна було отримати такі послуги в Мексиці, варіювалося на рівні 21–25 сайтів. В ЗПТ використовується тільки метадон.

Що стосується фінансування програм та послуг зменшення шкоди в цілому, та цей регіон все ще значно залежить від донорського фінансування, основним з яких є Глобальний Фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ). Для прикладу: в місті Тихуана три клініки надають підтримувальну терапію метадоном — дві з них приватні, а отже, беруть плату за свої послуги, третя — державна, але також надає послуги клієнтам за певну плату.

У Колумбії програми ЗПТ діють у семи містах — Боготі, Медельїні, Калі, Перейрі, Армєнії, Кукуті і Букараманзі. Станом на 2012 рік в країні налічувалося вісім державних програм ЗПТ, кожна з яких обслуговувала в середньому 100 пацієнтів, та чотири приватних заклади, що пропонували такі послуги.

1.5 Німеччина. «Розмаїття препаратів та підходів» (регіон — Західна Європа, країна ЄС)^{12,13,14,15}

Підтримувальна терапія метадоном після довгих та складних дебатів вперше була представлена в країні у 1987 році, але перші роки доступ до лікування був надзвичайно низьким у зв'язку із жорсткими адміністративними критеріями відбору для участі у програмі. Широкомасштабно ЗПТ введено у 1992 році. З 1998 року після схвалення Німецькою Асоціацією Фармацевтів, замісні препарати можуть на законних підставах видаватися в аптеках.

Більша частина пацієнтів на сьогоднішній день приймає метадон (бупренорфін використовується з 2000 року). Пілотний проект по ЗПТ з використанням діаморфіну (медичний героїн) розпочався в 2003 році і був оцінений в 2006 році. У 2009 і 2010 роках прийняті відповідні правові та нормативні зміни, щоб зробити лікування за допомогою героїну частиною повсякденної практики.

⁹ [27] <https://www.hri.global/files/2012/09/04/LatinAmerica.pdf> – 2.5 Regional Update on Latin America, HRI, London, 2014

¹⁰ [28] https://hlaw.ucsd.edu/wp-content/uploads/2014/09/Werb_Mexico-Crisis_IJDP_2014.pdf – Mexico's drug policy reform: Cutting edge success or crisis in the making? — International Journal of Drug Policy, 2014

¹¹ [29] <http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/overview> – HIV AND AIDS IN LATIN AMERICA REGIONAL OVERVIEW, AVERT, 2016

¹² [34] <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Germany> – Drug treatment overview for Germany, EMCDDA, Lisbon, 2015

¹³ [3] <http://www.emcdda.europa.eu/responses/treatment-overviews> – The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, 2016

¹⁴ [4] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/241341/How-to-improve-Opioid-Substitution-Therapy-implementation.pdf?ua=1 – How to improve Opioid Substitution Therapy implementation, WHO, Copenhagen, 2014

¹⁵ [11] <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5> – Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Harm Reduction Journal 4:5. Michels I., Stöver H., Gerlach R. (2007).

З 2002 року вся інформація про ЗПТ була внесена в спеціальну базу (автоматизовану електронну систему) для упорядкування інформації, попередження виписування подвійних рецептів на замісні препарати та контролю за дотриманням стандартів якості в терапії.

У Німеччині відповідальність за лікування наркозалежності лежить на адміністраціях Федеральних земель та муніципалітетах. Доступне лікування включає широкий діапазон інтервенцій — від низькопорогових послуг до інтенсивної терапії та лікування в спеціалізованих стаціонарних лікувальних установах, ЗПТ, реабілітаційного лікування та послуг із соціальної реінтеграції. *ЗПТ переважно надається первинною ланкою системи охорони здоров'я.* Будь-який лікар загальної практики, після проходження спеціального тренінгу з медицини залежностей, може виписувати замісні препарати пацієнтам, залежним від опіоїдів.

За оцінками, близько 90% пацієнтів ЗПТ в Німеччині отримують свої ліки від лікарів загальної практики, тобто не в спеціалізованих клініках. Проте здебільшого ці лікарі спеціалізуються на наданні послуг саме цій групі пацієнтів. У 2013-у році про надання послуг ЗПТ прозвітував 2691 ліцензований лікар. Станом на липень 2013 року ЗПТ отримували 77 300 осіб, у тому числі 60 217 — метадон (або левометадон), 16 465 — бупренорфін. Кодеїн, дигідрокодеїн та діаморфін також використовують в ЗПТ, але в незначних обсягах (0,1%, 0,2% і 0,5% від загального числа клієнтів замісної терапії відповідно).

Доступ до ЗПТ відрізняється залежно від земель. Наявність терапії за межами великих міст, на думку експертів і людей, які мають право на лікування, вважається недостатньою.

Фінансування лікування забезпечується багатьма учасниками: органами пенсійного забезпечення та медичного страхування, муніципалітетами, общинами, благодійними організаціями, приватними установами та компаніями. Останніми роками, однак, деякі муніципалітети скоротили надання амбулаторно-поліклінічних послуг у зв'язку з фінансовими проблемами.

Після декількох пілотних програм, які показали ефективність підтримувальної терапії метадоном, німецька Організація Соціально-медичного Страхування (ОСМС) схвалила цей спосіб лікування, а в 1991 році введено рекомендації щодо лікування метадоном для фінансування такого виду лікування.

Лікування та витрати, пов'язані з призначенням ліків, як правило, оплачуються за схемами у загальному медичному страхуванні, які забезпечують юридичним мандатом охоплення майже 90 відсотків населення (в особливих випадках, наприклад для бездомних, гонорари лікарів задовольняються службами соціального забезпечення). Існує також свобода вибору лікаря загальної практики або лікарні.

До 2004 року ОСМС фінансувала клієнтів, і більшість тих, хто мав підтримку за рахунок служби соціального забезпечення, повинні були мати певні хвороби на додаток до самої залежності від опіоїдів, щоб отримувати ЗПТ. Починаючи з 2004 року для призначення і отримання ЗПТ достатньо мати діагноз «синдром залежності від опіоїдів».

В цілому споживачі наркотиків приймаються на лікування, коли є документована історія компульсивного вживання опіоїдів протягом не менше двох років (згідно ОСМС), і починаючи з 18-річного віку.

Незважаючи на те, що принципи ОСМС є ефективними в національному масштабі, існують відмінності між федеральними землями стосовно організації і проведення ЗПТ та супутньої психосоціальної допомоги. Залежно від числа надавачів ЗПТ на певній території, лікарям може бути дозволено лікування до 20 клієнтів, що фінансуються ОСМС. Проте такі обмеження не вказані в Положенні про Виписування Наркотиків. Таким чином, лікарі, яким дозволено лікування 20 клієнтів за рахунок ОСМС, можуть піклуватися, наприклад, ще про 20 клієнтів, що фінансуються за рахунок соціального забезпечення, або про необмежену кількість клієнтів, які платять за лікування і ліки з власної кишені.

1.6 Франція. «Видача для самостійного прийому лікарями загальної практики» (регіон — Західна Європа, країна ЄС)^{16,17,18}

ЗПТ у Франції надається з 1995 року і є основною формою лікування опіоїдної залежності, що повністю інтегрована в систему наркологічного лікування (лікування залежності), включаючи місця позбавлення волі. Основним препаратом, що використовується для лікування, є бупренорфін. Для окремої категорії пацієнтів також використовується морфін сульфат.

Препарати ЗПТ в більшості випадків призначаються сімейними лікарями або лікарями загальної практики на базі первинної ланки медичної допомоги та розповсюджуються (видаються) пацієнту через аптечну мережу для самостійного прийому. Лікарі загальної практики мають право виписувати препарати ЗПТ, як будь-які інші ліки, не проходячи спеціального навчання, а керуючись лише діагнозом та інструкцією до препарату.

За даними 2014 року, близько 161 388 осіб отримували препарати ЗПТ, з них 104 975 — бупренорфін, 59 467 — метадон. Всього лікуванням в програмах ЗПТ охоплено близько 70% споживачів опіоїдів.

Основною формою організації лікування є видача препаратів для самостійного прийому (метадон видається на термін до 14 днів, бупренорфін — до 28 днів).

З 2003 року програма фінансується системою соціального захисту, забезпечується також обмежений доступ до психосоціальних послуг на рівні первинної ланки.

1.7 Сполучене Королівство Великої Британії (СК). «Оплата за результат» (регіон — Північно-Західна Європа, країна ЄС)^{19,20,21}

Уряд СК розглядає як пріоритет надання широкого доступу представникам уразливих груп населення до ефективного та комплексного лікування, утримання в програмах реабілітації та реінтеграції. Організація лікування наркозалежності відбувається за допомогою місцевих партнерств та за участі багатьох агенцій і установ, що представляють охорону здоров'я, систему кримінального правосуддя і служби соціальної допомоги. ЗПТ залишається найпоширенішим методом лікування для споживачів опіатів в Сполученому Королівстві і в основному пропонується через спеціалізовані амбулаторні служби, які, як правило, працюють спільно з ЛЗП. Метадон для перорального вжитку є найбільш розповсюдженим препаратом ЗПТ, але з 1999 року також доступний і бупренорфін. Окрім того, в Англії пропонується ін'єкційний метадон і діаморфін (медичний героїн), але для обмеженої кількості та певних категорій клієнтів. За останніми доступними даними, кількість клієнтів в СК на ЗПТ сягає майже 180 000 осіб.

¹⁶ [5] https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/lowering-the-threshold-20100311-russian_0.pdf — Снижение порога: Модели доступного метадонового и бупренорфинового лечения, OSF, NYC, 2010

¹⁷ [3] <http://www.emcdda.europa.eu/responses/treatment-overviews> — The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, 2016

¹⁸ [22] http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143682_EN_TDSI11001ENC.pdf — Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, EMCDDA, Lisbon, 2011

¹⁹ [3] <http://www.emcdda.europa.eu/responses/treatment-overviews> — The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, 2016

²⁰ [22] http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143682_EN_TDSI11001ENC.pdf — Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, EMCDDA, Lisbon, 2011

²¹ [32] <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/united-kingdom> — Drug treatment overview for United Kingdom, EMCDDA, Lisbon, 2015

Більша частина (майже 75%) фінансування ЗПТ та інших видів лікування наркозалежності забезпечується з державного бюджету національного рівня.

Протягом останніх років підвищена увага приділялась вимірюванню показників здоров'я і соціальних наслідків, пов'язаних з лікуванням. Національне Агентство з Лікування Зловживання ПАР (Англія) за участю різних урядових відомств тестує цілий ряд нових підходів щодо оплати послуг з лікування наркозалежності, які базуються на досягненні результатів. Існуюча система фінансування передбачає оплату постачальникам послуг узгодженої суми незалежно від результатів, а в пілотній схемі — після того, як послуга була надана, та на основі певних результатів з точки зору довготермінового відновлення пацієнта (ресоціалізації).

Критеріями, що використовуються для оцінки якості наданої допомоги, є: проходження (завершення) лікування відповідно до індивідуального плану, час повного утримання від наркотиків, повернення до роботи, а також поліпшення здоров'я і благополуччя. Для досягнення цієї мети клієнти мають отримувати повний і широкий спектр послуг з підтримки. Однак у нещодавньому звіті стверджувалося, що це може представляти «величезні практичні проблеми для тих, хто надає послуги та управління самою системою», так як для задоволення потреб багатьох клієнтів потрібно буде залучати широкий спектр постачальників.

1.8 Данія. «Місцева влада вирішує все» (регіон — Північна Європа, країна ЄС)^{22,23}

Основні цілі данської політики в області лікування наркозалежності – це зниження споживання наркотиків або досягнення повної абстиненції шляхом широкого використання психосоціальної допомоги і систематичного контролю за лікуванням, а також вирішення інших супутніх проблем наркозалежних осіб. Після реформи місцевого самоврядування в 2007 році відповідальними за організацію соціальної і медичної допомоги споживачам наркотиків стали виключно муніципалітети. У той час як 98 муніципалітетів відповідають за медикаментозне лікування, п'ять регіонів відповідальні за психіатрію, первинну та громадську охорону здоров'я.

Управління соціальних служб відповідає за залучення осіб до медичного та соціального лікування наркозалежності, а також підготовку індивідуального плану. Доступ до лікування наркозалежності гарантується протягом 14 днів з моменту першого звернення хворого у віці старше 18 років, а в деяких випадках — до 18 років. Особи, які мають відповідне право, можуть вибирати між програмами державного та приватного лікування в рамках запропонованого індивідуального плану.

Основним методом лікування залежних від опіоїдів є ЗПТ з психосоціальним супроводом. ЗПТ надається безкоштовно, в першу чергу в спеціалізованих відділеннях амбулаторного лікування, що підтримуються місцевими управліннями соціальних служб в муніципалітетах. Основним препаратом для ЗПТ є метадон (доступний в Данії з 1970 року), проте використовується і бупренорфін (дозволений для використання з 1999 і рекомендований виданим в 2008 році Керівництвом Національної ради з охорони здоров'я (нині — орган з охорони здоров'я та лікарських засобів)) в якості препарату першої лінії для споживачів опіоїдних наркотиків, які раніше не звертались за лікуванням. Відповідно до даних 2011 року, ЗПТ в Данії отримували 7600 клієнтів, з них 6200 лікувалися метадоном і 1400 — бупренорфіном. У рамках лікування для окремої категорії «складних», з точки зору утримання в програмі ЗПТ, пацієнтів у січні 2010 року уряд ініціював впровадження лікування з використанням медичного героїну (діаморфіну), який у квітні 2013 року отримувало 198 споживачів наркотиків. Після оцінки результатів пілотного проекту уряд підтримав використання в ЗПТ таблетованого героїну.

²² [31] <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Denmark> – Drug treatment overview for Denmark, EMCDDA, Lisbon, 2015

²³ [22] http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143682_EN_TDSI11001ENC.pdf – Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, EMCDDA, Lisbon, 2011

1.9 Болгарія. «Клієнти платять, але погано утримуються» (регіон — Південно-Східна Європа, країна ЄС)^{24,25}

Лікування наркозалежності здійснюється переважно на базі державних і приватних установ, а також в амбулаторних і стаціонарних умовах. Як правило, клієнти не платять за лікування, отримане в державних установах, в той час як в приватних закладах послуги є платними. У Болгарії доступні медикаментозне підтримувальне лікування (ЗПТ), стаціонарна та амбулаторна детоксикація, програми соціально-психологічної реабілітації, такі як терапевтичні спільноти і денні центри.

Медикаментозне лікування надається на базі 12 державних психіатричних лікарень, 12 регіональних центрів психічного здоров'я, 17 психіатричних відділень багатoproфільних лікарень, 5 психіатричних клінік в університетських лікарнях. Неурядові організації в основному надають психосоціальні послуги через так звані денні центри (day-care centers) або дроп-ін центри. Найпоширенішою формою наркологічного лікування в Болгарії залишається ЗПТ з використанням метадону, який був офіційно представлений у 1995 році, та морфіну повільного вивільнення (Substitol), що введений в якості замісного препарату в 2006 році. Бупренорфін, зареєстрований в країні у 2008 році, включений до переліку речовин для замісної терапії. У 2012 році 30 спеціалізованих відділень (сайтів), надавали ЗПТ у 14 містах і населених пунктах для 3563 клієнтів, 419 з яких отримували метадон, 6 — бупренорфін, решта — Substitol. Підтримувальна терапія метадонем триває, якщо клієнт потрапляє до місць позбавлення волі. У 2012 році лікування метадонем отримали 75 ув'язнених.

Лікування трохи більше третини клієнтів підтримувальної терапії метадонем фінансується Міністерством охорони здоров'я або муніципальними програмами. Лікування інших двох третин, а також ЗПТ на основі Substitol-у і бупренорфіну надаються за рахунок щомісячної оплати (співфінансування) клієнтами. Хоча оцінка замісної терапії в 2009 році показала, що вона внесла свій вклад в поліпшення фізичного і психічного благополуччя клієнтів та скорочення їх кримінальної поведінки, велика кількість переривань ЗПТ, пов'язаних з необхідністю пошуку клієнтами коштів на оплату програми, залишається однією з основних проблем у країні.

1.10 Греція. «Тотальна централізація» (регіон — Південна Європа, країна ЄС)^{26,27,28}

Грецька Організація з Боротьби з Наркотиками (ОКАНА) є єдиною організацією, що має законне право координувати та контролювати програму ЗПТ в країні, несучи повну відповідальність за її розвиток.

ОКАНА – це саморегульована юридична особа, яка контролюється і фінансується Міністерством охорони здоров'я. Вона відповідає за реалізацію політики в сфері скорочення попиту на наркотики на всіх рівнях профілактики. Щоб допомогти раціоналізувати лікування ЗПТ між різними програмами і

²⁴ [33] <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Bulgaria> – Drug treatment overview for Bulgaria, EMCDDA, Lisbon, 2015

²⁵ [4] http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/241341/How-to-improve-Opioid-Substitution-Therapy-implementation.pdf?ua=1 – How to improve Opioid Substitution Therapy implementation, WHO, Copenhagen, 2014

²⁶ [13] http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GRC_narrative_report_2015.pdf – Global AIDS Response Progress Report 2015 (Greece), The Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (HCDCP), Amarousio, 2015

²⁷ [22] http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143682_EN_TDSI11001ENC.pdf – Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, EMCDDA, Lisbon, 2011

²⁸ [30] <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Greece> – Drug treatment overview for Greece, EMCDDA, Lisbon, 2015

підтримувати мобільність клієнтів в рамках системи лікування, у 2013 році ОКАНА опублікувала нове Операційне Керівництво для програми ЗПТ.

Для цілей ЗПТ в країні використовується метадон (введений в 1993 році) і бупренорфін (введений в 2002 році). На кінець 2014 року ЗПТ отримували 8426 осіб (більшість — бупренорфін як основний препарат ЗПТ в країні). Послуги ЗПТ надаються на базі 55 пунктів: 54 пунктів замісної терапії та одного пункту соціальної реабілітації. 23 центри знаходяться в Афінах та його приміській зоні, оскільки тут проживає половина всього населення країни. Пункти видачі препаратів ЗПТ розташовані на базі державних лікарень, видачу ліків здійснюють медичні сестри. Наразі планується виписувати бупренорфін стабільним (без рецидивів) пацієнтам для самостійного прийому, залучаючи до цього лікарів-психіатрів. Для пацієнтів лікування є безкоштовним.

У Греції сто відсотків витрат на ЗПТ фінансуються державою з бюджету національного рівня (див. табл. 1 в розд. 2 «Графіки та таблиці»). Клієнти ні за що не платять з власних коштів.

Ніхто, крім ОКАНА, не може виписувати метадон та бупренорфін, навіть якщо це програма детоксикації з використанням бупренорфіну (єдиний виняток — психіатрична лікарня в Салоніках, яка також є інститутом громадського здоров'я). Наслідком такої «централізації» ще декілька років тому були довгі черги на лікування. В результаті, до 2010 року охоплення осіб, які потребували лікування, послугами ЗПТ було низьким. Але останніми роками ситуація змінилася. В 2011–2012 роках програма ЗПТ була значно розширена у зв'язку з прийняттям нового Національного плану боротьби з наркоманією. ЗПТ стала найбільш часто пропонованим варіантом лікування і на сьогодні доступна у більшості міст країни. Однак у 2013 році кількість пацієнтів на програмі перестала збільшуватися, залишаючись на рівні 2012 року, що свідчить про вичерпання ресурсів системи лікування, яка стає неспроможною до подальшого розширення в рамках наявних ресурсів.

Щороку Міністерство охорони здоров'я оголошує бюджет ОКАНА, яким передбачається покрити зарплати, орендну плату та всі інші операційні витрати протягом року. Останніми роками бюджет є набагато меншим, ніж фактичні витрати, тому наприкінці року виділяються додаткові кошти для організації — як правило, це гроші, які стали доступні для міністерства у зв'язку із наркокейсами та наркозатриманнями.

На сьогоднішній день в Греції доступні два або три препарати-генерики для ЗПТ, тому організація має можливість проводити відкритий тендер та обирати за його результатами виробника з найнижчою фінансовою пропозицією. Враховуючи той факт, що більшість сайтів розташовані у державних лікарнях, ОКАНА не сплачує орендну плату за їх використання для цілей ЗПТ. Заробітна плата медичного персоналу включена в бюджет міністерства. Іноді лікарні навіть «позичають» ОКАНА медичний персонал, якщо є серйозна нестача кадрів.

До надання послуг пацієнтам ЗПТ ОКАНА залучає психіатрів, лікарів (в т.ч. інших спеціальностей), стоматологів, медичних сестер, психологів, соціальних працівників, консультантів «рівний-рівному» тощо.

Такі «центри профілактики» (сайти ЗПТ) відносяться в адміністративному порядку до муніципалітетів, які вносять певний вклад, надаючи приміщення та покриваючи інші операційні витрати, але весь персонал оплачується ОКАНА через спеціальний бюджет для центрів профілактики. Інколи, якщо запроваджуються абсолютно нові пілотні послуги, можна використовувати спеціальні фінансові фонди ЄС.

1.11. Білорусь. «ЗПТ — монополія держави та наркології» (регіон — Східна Європа, країна СНД, у минулому одна із республік СРСР)^{29,30,31,32,33,34}

Перша програма ЗПТ розпочалася у 2007 році. Охорона, оренда, комунальні послуги, тести, закупівля та логістика препарату, персонал, канцтовари, господарські товари фінансувалися безпосередньо через ПРООН, але кошти отримувала лише держава, тоді як громадські організації ніколи не фінансувалися за напрямом ЗПТ.

Всього, за останніми даними, ЗПТ в країні надається на базі 19 сайтів (18 підпорядковані наркологічній службі, 1 — протитуберкульозній).

Починаючи з грудня 2014 року оплата послуг персоналу кабінетів ЗПТ проводиться з державного бюджету. З 1 січня 2016 року за кошти Глобального фонду закуповуються лише метадон (також покриваються витрати на розмитнення, постачання і зберігання препаратів на складі Белфармації, закупівлю дозаторів) і тести на визначення наркотиків, всі інші витрати фінансує держава (оренда, комунальні послуги, зв'язок, Інтернет, канцтовари, оплата персоналу (психіатр-нарколог, медсестра і психолог), сигналізація, транспортування препарату з Белфармації до кабінету ЗПТ). Враховуючи вимогу Глобального фонду від 2014 року щодо внеску країни у розвиток програми ЗПТ (ГФ відмовився оплачувати заробітну плату працівників сайтів, канцприладдя, витратні матеріали), персонал кабінетів ЗПТ став фінансуватися за кошти наркологічних відділень. Не існує жодного наказу або нормативного документу з цього приводу. Кабінети продовжують працювати в структурі наркологічної служби. При відкритті нових сайтів Фонд виділяє кошти лише на ремонт та підготовку приміщення і закупівлю препаратів. Незважаючи на те, що він продовжує закуповувати препарати ЗПТ та тести, оплачувати ремонт приміщень, роль держави у фінансуванні пов'язаних з програмою витрат зростає з кожним роком і станом на 2013 рік складало приблизно 40% від суми загальних витрат. З державних та місцевих бюджетів фінансується винагорода персоналу, матеріальні цінності, необхідні для функціонування пункту, накладні витрати.

Згідно з національною програмою з ВІЛ/СНІДу, починаючи з 2019 року до республіканського (державного) бюджету мають бути включені кошти на закупівлю метадону. Передбачено, що всі інші витрати продовжуватимуть фінансуватися з міського (для районних лікарень) та обласного (для обласних лікарень) бюджетів.

Незважаючи на позитивні зрушення в напрямі фінансування програми, рівень охоплення СІН ЗПТ в країні залишається дуже низьким і останніми роками становить трохи більше тисячі осіб (в 2014 р. — 1066), що складає лише 6% від оціночної кількості споживачів ін'єкційних опіоїдів. До проблем, що стоять на заваді розвитку програми можна віднести: відсутність національного координатора з питань ЗПТ; брак нормативно-правової бази щодо розвитку програми; відсутність системи психосоціального супроводу; незалучення центрів первинної ланки медико-санітарної допомоги та аптек до надання послуг ЗПТ.

Відповідно до проведених розрахунків, витрати на одного пацієнта, який отримує ЗПТ, в 2016 році становили \$ 612,2. Більше половини витрат складає оплата праці персоналу.

²⁹ [8] http://www.countthecosts.org/sites/default/files/ost_in_cee_ca_2008_en.pdf – Opioid Substitution Therapy in Selected Countries of Eastern Europe and Central Asia, IAS, 2008

³⁰ [14] <http://www.harm-reduction.org/ru/regional-and-national-reports> – Подробное описание возможностей и проблем, связанных с инвестициями в снижение вреда и реализацией программ снижения вреда в странах ВЕЦА

³¹ [15] [http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/ru-Belarus-National_report\(1\).pdf](http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/ru-Belarus-National_report(1).pdf) – Снижение вреда: аргументы в пользу стратегических инвестиций: Национальный отчет Республики Беларусь. Минск, 2015.

³² [23] <http://www.harm-reduction.org/ru/node/2474> – «Сравнительный анализ Клинических протоколов ведения опиоидной заместительной терапии в 6 странах Восточной Европы и Центральной Азии: Беларусь, Грузия, Молдова, Литва, Казахстан, Таджикистан», ECCB, Вильнюс, 2016

³³ [35] [http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/Regional_report_RU_210x297%2B3mm\(1\).pdf](http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/Regional_report_RU_210x297%2B3mm(1).pdf) – На пути к устойчивому финансированию снижения вреда. Региональный отчет, ECCB, Вильнюс, 2015

³⁴ [38] Особиста комунікація з Liudmila Trukhan (Positive Movement, Belarus, 2016)

1.12. Киргизстан. «14 років і досі пілот» (СЄЦА, субрегіон — Центральна Азія)^{35,36,37,38,39}

ЗПТ в Киргизстані стартувала у 2002 році. Для цілей програми використовується лише рідкий метадон, який закуповується в іноземного виробника у вигляді порошку та на місці шляхом розведення перетворюється на сироп (в країні відсутній національний виробник препаратів ЗПТ). Сайти ЗПТ знаходяться на базі республіканського центру і міжобласної наркології, центрів первинної ланки, ТБ лікарні, територіальних лікарень, центру СНІДу, СІЗО та колоній.

Усього лікування отримують на базі 30 сайтів 1200 пацієнтів, сім сайтів розміщено в установах пенітенціарної сфери. Для пацієнта лікування є безкоштовним.

Фінансування програми відбувається повністю за кошти ГФ, вклад держави залишається мінімальним — у вигляді приміщень для ЗПТ.

Незважаючи на те, що програма працює в протязом 14 років, її існування нормативно ніяк не врегульовано і не визнано на рівні країни як стандартне наркологічне лікування. Програма продовжує працювати на правах пілотної.

Розробляється модель соціального замовлення на надання послуг ЗПТ. Координують програму на рівні країни МОЗ (за технічної і методичної підтримки Національного центру з наркології) та Міністерство внутрішніх справ (в місцях позбавлення волі).

1.13. Грузія. «50/50, НУО і сплачуй навіть за один день» (регіон — СЄЦА, субрегіон — Кавказ)^{40,41,42,43}

ЗПТ розпочалася в Грузії у 2005 році. Першим дозволеним препаратом для використання в ЗПТ був метадон. Бупренорфін/налоксон (у вигляді сублінгвальних таблеток «Субуксон») зареєстрований у 2010 році і на сьогоднішній день доступний лише на одному сайті.

Станом на 2012 рік в рамках проекту ГФ працювало п'ять сайтів ЗПТ (3 — в Тбілісі, 1 — в Горі, 1 — в Батумі), на базі яких лікування метадоном отримували 475 осіб.

Враховуючи низький рівень охоплення послугами, в 2008 році з метою розширення доступу до програми держава запустила власну програму лікування, яка базується на принципі співфінансування. В

³⁵ [6] www.uiphrp.org.ua/media/1402 – Расширение доступности опиоидной заместительной терапии для потребителей инъекционных наркотиков в Восточной Европе и Центральной Азии, отчет с Регионального заседания «Проблемы наркопотребления в Центральной Азии и пути их решения», IAS, Bishkek, 2011

³⁶ [8] http://www.countthecosts.org/sites/default/files/ost_in_cee_ca_2008_en.pdf – Opioid Substitution Therapy in Selected Countries of Eastern Europe and Central Asia, IAS, 2008

³⁷ [14] <http://www.harm-reduction.org/ru/regional-and-national-reports> – Подробное описание возможностей и проблем, связанных с инвестициями в снижение вреда и реализацией программ снижения вреда в странах ВЕЦА

³⁸ [35] [http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/Regional_report_RU_210x297%2B3mm\(1\).pdf](http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/Regional_report_RU_210x297%2B3mm(1).pdf) – На пути к устойчивому финансированию снижения вреда. Региональный отчет, ECCB, Вильнюс, 2015

³⁹ [36] Особиста комунікація з Inga Babicheva (UNDP, Kyrgyzstan, 2016)

⁴⁰ [8] http://www.countthecosts.org/sites/default/files/ost_in_cee_ca_2008_en.pdf – Opioid Substitution Therapy in Selected Countries of Eastern Europe and Central Asia, IAS, 2008

⁴¹ [16] [http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/GHRN-National%20Report-final\(1\).pdf](http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/GHRN-National%20Report-final(1).pdf) – Harm Reduction National Report, GHRN, 2015

⁴² [23] <http://www.harm-reduction.org/ru/node/2474> – «Сравнительный анализ Клинических протоколов ведения опиоидной заместительной терапии в 6 странах Восточной Европы и Центральной Азии: Беларусь, Грузия, Молдова, Литва, Казахстан, Таджикистан», ECCB, Вильнюс, 2016

⁴³ [37] Особиста комунікація з Zura Sikharulidze (Uranti, Georgia, 2016)

рамках зазначеної програми держава покриває закупівлю препарату, охорону та системи безпеки, тоді як вартість надання самих послуг та офісні витрати оплачуються за кошти пацієнта. Спочатку вартість лікування одного пацієнта на місяць була оцінена в 150 доларів США, половину вартості оплачував пацієнт, решту — державний бюджет (у м. Тбілісі міський бюджет також оплачує лікування частини пацієнтів).

На сьогоднішній день ціну за лікування знижено вдвічі і вона становить приблизно 100 доларів США, з них 50 (110 грузинських ларі) оплачує пацієнт.

Закупівля препарату відбувається централізовано в іноземного виробника (є плани щодо закупівлі препарату українського виробництва). У 2016 році завдяки оголошенню міжнародного тендеру та закупівлі препарату в Словаччині вдалося закупити препарат за низькою ціною.

Станом на 2013 рік послуги ЗПТ в країні отримували близько 4006 пацієнтів, з них 3658 осіб — метадон, 348 — бупренорфін. За кошти ГФ лікування отримували 750 осіб.

Цікавим здобутком програми ЗПТ в країні є розробка критеріїв, в рамках яких пацієнт має право гарантовано отримувати безкоштовне лікування. Так, безоплатно лікування отримують всі пацієнти з ВІЛ-позитивним статусом та особи, які належать до категорії найбільш малозабезпечених (рівень забезпеченості оцінюється соціальними службами за спеціальною системою для кожного громадянина країни).

Система співфінансування, окрім очевидних переваг у вигляді розширення доступу до лікування, має недоліки, а саме: складність для пацієнтів оплачувати послуги (які є доволі дорогими), через що у клінік накопичуються борги; прийом пацієнтами, через страх втрати спроможності оплачувати лікування, занижених доз препаратів, малоефективних в терапевтичному плані.

Послуги ЗПТ можуть надаватися на базі медичної установи, що має ліцензію на стаціонарну наркологічну допомогу. Приватні клініки також мають право надавати послуги ЗПТ за умови наявності трирічного досвіду стаціонарного лікування та ліцензії.

Усього, за останніми даними, в країні працює 20 сайтів ЗПТ, з них 5 — за підтримки ГФ надають повністю безкоштовні для клієнтів послуги (метадон), 12 — за підтримки держави за моделлю співфінансування, 2 — за підтримки ГФ надають послуги детоксикації метадоном в установах виконання покарань (колонія суворого режиму №8 та виправна установа №2) та один сайт з використанням «Субоксону» (бупренорфін/налоксон) на базі приватної клініки (ціна одного візиту — \$15).

1.14 Аналіз фінансових витрат на програму ЗПТ у різних країнах світу

Під час аналізу основний акцент було спрямовано на опис організаційних аспектів роботи програми у різних країнах світу без акценту на обсяг витрат та вартість послуг. Незважаючи на практичну значущість зазначених даних, обмежений доступ до них, великий обсяг інформації, що потребує узагальнення та опрацювання, відсутність подібних розрахунків (або їх фрагментарний характер) стосовно багатьох країн світу робить зазначений аналіз темою окремого вивчення. У даному документі представлено лише стислий порівняльний опис вартості послуг ЗПТ у різних країнах світу.

В цілому, відповідно до інформації, що представлена в керівництві ВООЗ щодо фармакологічного лікування опіоїдної залежності з психосоціальним супроводом, існує значний діапазон у обсязі витрат на організацію зазначеного типу лікування.

Так, загальні місячні витрати на ЗПТ коливаються від \$26–\$36 в Індонезії та Ісламській республіці Іран (близько \$1 в день) до \$296 в Польщі (близько \$10 в день). У країнах з високим рівнем доходу вартість ЗПТ зазвичай оцінюється близько \$15 на день.

Наводячи зазначені цифри, ВООЗ зазначає, що в цілому оцінка вартості надання ЗПТ не є адекватною основою для планування бюджету, оскільки лікування — це лише певна частина витрат на цю послугу (наприклад, менше 20% в Ісламській республіці Іран).

Дослідження, проведені в Австралії, Канаді, США, Великобританії, дозволили оцінити вплив лікування на загальні витрати на охорону здоров'я, соціальне забезпечення, втрату працездатності та злочинність, а отже, оцінити економічний «прибуток на інвестований капітал» при лікуванні опіоїдної залежності. Зазначені дослідження демонструють, що ЗПТ повністю окуповує себе, більше того — у довготерміновій перспективі дозволяє заощаджувати кошти.

Таким чином, розрахунок вартості послуги не може бути основним критерієм для прийняття рішення щодо її фінансування, оскільки не враховує всі витрати та економію, яка може бути здійснена, якщо послуги надаватимуться. Більш ґрунтовним є підхід моделювання обсягу заощаджень, які може отримати держава у випадку підтримки програми з акцентом, що такі заощадження стосуються не лише сфери охорони здоров'я, а й лежать у площині соціальних послуг, витрат на кримінальне судочинство, утримання у в'язницях тощо.

Загальний огляд вартості лікування в програмах ЗПТ представлено у звіті Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркозалежності⁴⁴.

Відповідно до представлених даних, середня вартість лікування одного пацієнта в день в Англії (оцінка 2007 року) становить 6–10 євро, водночас діапазон вартості послуги складає від 2 до 24 євро залежно від клініки, що надає послуги.

В Іспанії вартість лікування одного пацієнта в день складає від 4 євро для метадону та до 5 євро — для бупренорфіну (оцінка 2004 року). Водночас до розрахунку вартості не включено вартість препаратів.

У Литві вартість лікування складає 4 євро на одного пацієнта в день (оцінка 2010 року).

В Німеччині вартість лікування з використанням метадону оцінюється у 10 євро в день або у 3490 євро за 12 місяців (оцінка 2006 року).

В Норвегії вартість лікування метадоном одного пацієнта в день становить 37 євро (оцінка 2003 року).

У рамках здійсненого аналізу виділяються три складові вартості послуг, а саме:

- оплата праці персоналу,
- закупівля медикаментів,
- непрямі витрати (оренда та оплата комунальних платежів).

Оплата праці складає, за оцінками, майже половину всіх витрат (48%) в Англії та більше половини в інших країнах Європи. Вартість медикаментів (включено не лише препарати ЗПТ, а й витрати для проведення лабораторного обстеження, зокрема тестування на вживання інших ПАР) займає близько третини вартості послуги. Близько 15% витрат йде на оренду та комунальні платежі, які відносяться до категорії непрямих.

Значний діапазон вартості послуги ЗПТ пояснюється наступними чинниками^{45, 46}:

- різні часові рамки для проведення розрахунків (розрахунок вартості на день, місяць, рік лікування або епізод);
- використання різних методів для збору інформації про витрати (дані з офіційної документації, інтерв'ю тощо);

⁴⁴ [22] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, 2011

⁴⁵ [43] The cost of providing methadone maintenance treatment in Ontario, Canada, Gregory S. Zaric, Andrew W. Brennan, Michael Varenbut, and Jeff M. Daiter

⁴⁶ [22] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, 2011

- включення різних складових до вартості послуги (наприклад, часто до вартості послуги не включаються непрямі витрати);
- різниця в обсязі послуг, що надаються (наприклад, у Фінляндії висока вартість послуги ЗПТ обумовлюється традиційно високою вартістю препаратів та високими дозами, що призначаються).

Зважаючи на те, що відсутня єдина методологія щодо розрахунку вартості послуги, важко порівнювати дані вартості послуг ЗПТ в окремих країнах.

Говорячи про залежність вартості послуг від особливостей їх надання, в звіті Європейського моніторингового центру зазначається, що, наприклад, лікування, яке передбачає щоденне відвідування пацієнтами клініки (порівняно з лікуванням без щоденного нагляду), використання нових технологій (наприклад комп'ютеризованих інтервенцій) може бути більш економічно вигідним. Водночас існує необхідність проведення аналізу щодо вивчення ефективності таких підходів до надання послуг.

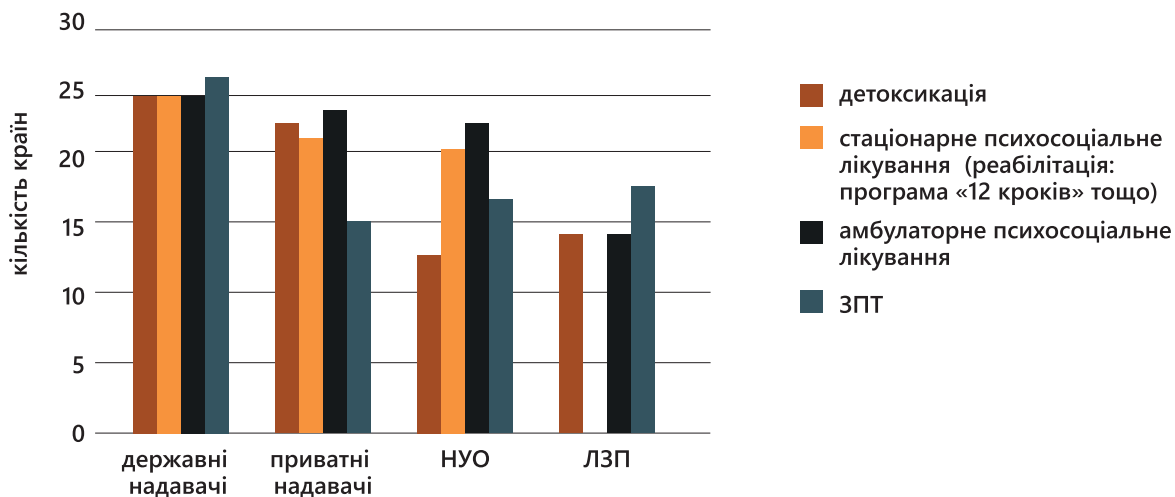
1.15 Графіки та таблиці

Таблиця 1.1. Рівні бюджетів, з яких фінансується програма⁴⁷

Країна	Національний	Регіональний	Локальний
Чехія	x	x	x
Данія			x
Німеччина	x	x	x
Естонія	x		
Греція	x		
Іспанія	x	x	x
Кіпр	x		
Люксембург	x		
Австрія	x	x	x
Португалія	x		
Словенія	x		x
Фінляндія			x
Велика Британія	x		x

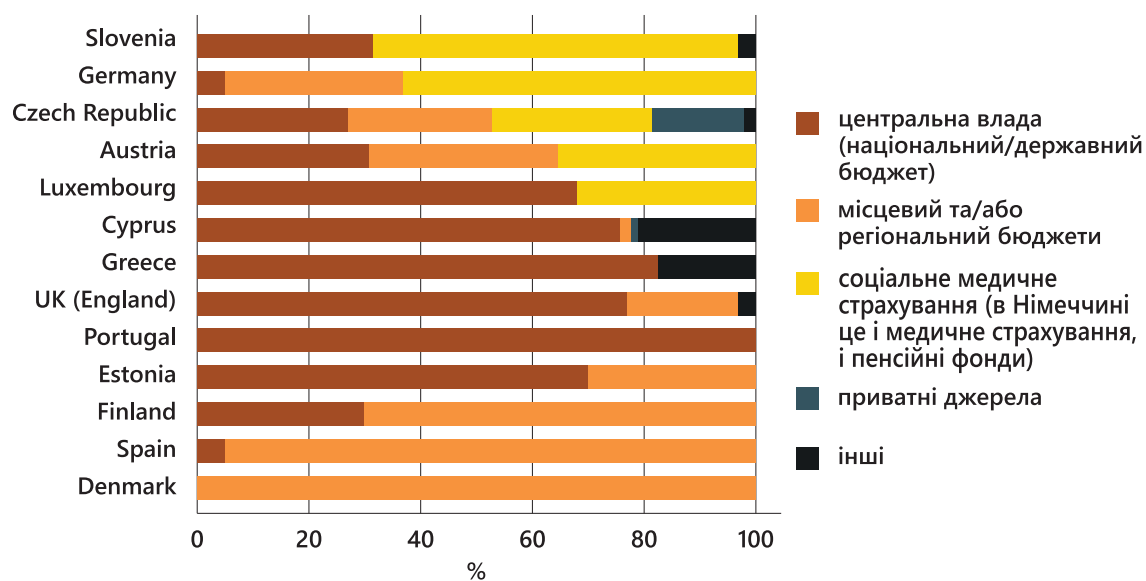
⁴⁷ [22] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, 2011)

Графік 1.1. Надавачі послуг з лікування наркозалежності в Європі⁴⁸



1

Графік 1.2. Надання лікування наркотичної залежності, виходячи з фінансових джерел⁴⁹



⁴⁸ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, 2011

⁴⁹ Там само

Таблиця 1.2. Досвід впровадження досліджуваних моделей/підходів у світі

Країна	Назва моделі/підходу						Особливості
	Видача препарату для самостійного прийому	Впровадження ЗПТ на базі первинної ланки/сімейними лікарями	Приватні клініки	Повна або часткова оплата пацієнтом	НУО	Місцеві бюджети	
Австралія	+	+	+	+	(аптека)	–	Наявне співфінансування з боку пацієнта. ЗПТ за принципом «ЛЗП–Аптека»
Австрія	+	+	+	–	+	+	Окрім бупренорфину та метадону використовують левометадон та морфін повільного вивільнення
Бельгія	+	+	+	–	–	+	Наявне ЗПТ з використанням героїну («друга лінія»)
Білорусь	–	–	–	–	–	–	«Монополія» держави та наркології. ГФ «перехід»
Болгарія	+	–	+	+	(приватні)	+	(МПСС)
Греція	+	–	–	–	+	–	100% держава
Грузія	–/+ (тільки від-рядження)	–	+	+	(державні та приватні)	+	50/50 пацієнт–держава
Гонконг	+	–	–	+	(державні)	–	Низький поріг (80 центів США в день)
Данія	+	+	–	–	–	–	Є медичний героїн
Естонія	–/+	–	+	–	?	–	Де-юре є можливість видачі «на руки», а де-факто, дуже важко, поодинокі випадки

Країна	Назва моделі/підходу						Особливості
	Видача препарату для самостійного прийому	Впровадження ЗПТ на базі первинної ланки/сімейними лікарями	Приватні клініки	Повна або часткова оплата пацієнтом	НУО	Місцеві бюджети	
Індонезія	+	+	+ (тільки бупренорфін)	+ (державні за реєстрацію)	–	–	
Іран	+	–	+	+ (тільки приватні)	+	–	Окрім метадону також на- стоянка опію
Ірландія	+	+ (спеціалізовані)	–	–	+	–	
Іспанія	+	–	+	–	+	+	(на 95%)
Кіпр	+	можуть, але дані відсутні	+	+	–	–	Використовують бупренор- фін та дігдроклодеїн. Мета- дон тільки для детоксу
Казахстан	–	–	–	–	–	–	ГФ. ЗПТ дуже обмежена
Киргизстан	–	+	–	–	–	–	ГФ. ЗПТ – досі «пілот»
Колумбія	–	–	+	невідомо	–	–	Наявне фінансування ГФ
Латвія	+	–	+	+ (тільки за бупренорфін)	–	–	
Литва	+	–	+	–	–	+	Нещодавно витрати на ЗПТ з місцевого бюджету були передані на національний рівень
Люксембург	+	+	+	–	+	–	Абсолютне лідерство в ЗПТ у НУО за спеціальними уго- дами з МОЗ. Героїн – пілот
Мексика	–	–	+	+ (державні та приватні)	–	–	Наявне фінансування ГФ
Молдова	+	–	–	–	+	–	ГФ

Країна	Назва моделі/підходу						Особливості
	Видача препарату для самостійного прийому	Впровадження ЗПТ на базі первинної ланки/сімейними лікарями	Приватні клініки	Повна або часткова оплата пацієнтом	НУО	Місцеві бюджети	
Нідерланди	+	+	+	–	+	+	Наявні мобільні клініки та медичний героїн
Німеччина	+	+	+	–	+	+	Наявний медичний героїн та дігідрокodeїн
Норвегія	+	+	+	–	–	–	Тристороннє співробітництво – «соціальні служби/ЛЗП/спеціалізовані медичні служби»
Польща	+	+	+	+	+	–	
Португалія	+	+	+	–	+	–	100% національний бюджет
Словенія	+	+	+	–	+	–	Основа – медичне страхування
Сполучене Королівство	+	+	+	–	+	+	Наявний медичний героїн та ін'єкційний метадон
Таджикистан	– (хоча процедура є в Протоколі)	–	–	–	–	–	ГФ
Угорщина	+	–	+	–	+	+	
Фінляндія	+	+	+	–	+	+	Основний формат «ЛЗП-аптека»
Франція	+	+	+	+	–	+	
Хорватія	+	+	+	–	–	–	€ ЗПТ у в'язницях
Чехія	+	+	+	+	+	+	

Таблиця 1.3. Досвід видачі препаратів ЗПТ для самостійного прийому

Країна	Критерії для видачі, місце видачі	Термін видачі	Методи контролю
Австралія	Стабільні пацієнти (стабільність на розсуд лікаря, в основному загальної практики). Видача з аптеки	До 30 днів	Урино-тести
Грузія	Стабільні. В програмі не менше 3-х місяців без порушень	Відраження (до 4-х днів) або тяжке соматичне захворювання, але дуже обмежено	Урино-тести. Залишки
Індонезія	Стабільні пацієнти (стабільність на розсуд лікаря). Видача з сайту.	До 3-х днів (до 500 мг метадону)	Практично немає. Рідко – урино-тести
Кіпр	Стабільні пацієнти, але не раніше ніж через 2 місяці після початку ОЗТ. Видача з сайту	Гнучка система, яка поступово збільшує термін з 2-х днів до декількох тижнів	Урино-тести
Литва	Стабільні пацієнти, 3 місяці після початку. Видача з сайту.	До 1 тижня (7 днів) в Литві, при виїзді в країни ЄС — до 1 місяця (30 днів)	
Молдова	Відсутність супутнього вживання ПАР, підтвержене аналізами сечі, дотримання правил програми ОЗТ, соціальна стабільність, сприятлива атмосфера в сім'ї, наявність постійної роботи або навчання. 4 місяці після початку ОЗТ. Видача з сайту	На першому етапі видаються 2 дози метадону на вихідні дні протягом місяця, на другому етапі метадон видається 2 рази на тиждень протягом місяця, на третьому етапі метадон видається 1 раз на тиждень	Лікар-нарколог без попередження може попросити пацієнта з'явитися для тестування сечі на ПАР. У випадку встановлення факту вживання незаконних наркотиків призначення метадону для прийому на дому припиняється, з поверненням до початкового етапу. Рішення припинити призначення метадону для прийому на дому може бути прийняте і в разі неявки до лікаря без будь-якої об'єктивної причини
Франція	Стабілізація (на розсуд лікаря). Видача з аптеки.	Метадон до 14 днів, бупренорфін — до 28 днів	Немає
Хорватія	Стабільні пацієнти (стабільність визначається на розсуд лікаря). Видача з ЛПЗ	До 14 днів (у виняткових випадках – до 30 днів)	Для попередження зловживання метадон видається у розбавленому вигляді. Підрахунок залишку за дзвінком лікаря

1.16 Висновки

Програми ЗПТ у світі фінансуються з різних джерел, включаючи державні та міські бюджети, внески пацієнтів, страхові фонди тощо.

Першочерговим пріоритетом є фінансування медичної складової послуги, тоді як фінансування компоненту психосоціального супроводу часто залишається поза увагою як менш пріоритетний напрям, навіть у країнах з високим рівнем економічного розвитку.

З точки зору довготермінових перспектив, в умовах обмежених ресурсів, для України пріоритетним та рекомендованим є забезпечення широкого доступу до лікування, тоді як використання заходів психосоціального супроводу є бажаним, але не обов'язковим. Водночас при впровадженні заходів психосоціального супроводу необхідно керуватися підходами щодо економічної ефективності та організовувати лише ті із заходів, які довели свою ефективність у прив'язці до цілей програми.

Незважаючи на те, що мультидисциплінарний підхід при наданні послуг є загальновизнаним «золотим» стандартом, його практичну реалізацію слід розглядати у світлі наявних ресурсів (які здебільшого є обмеженими), надаючи пріоритет швидкому та широкомасштабному розширенню доступу до лікування на противагу більш затратному міждисциплінарному підходу. Говорячи про мультидисциплінарний підхід, варто звернути увагу на те, що організація послуг під одним дахом не є єдино можливим форматом надання інтегрованих послуг, і в умовах обмеженого фінансування рекомендується посилювати зв'язки та співпрацю між різними службами та системами підтримки, зокрема залучаючи представників територіальних громад, волонтерів до розбудови системи надання послуг.

Оперуючи поняттями розвитку, розширення та довготермінової перспективи, фінансова стійкість ЗПТ може бути забезпечена лише за умови залучення державного фінансування та підтримки. Рівень джерел надходження коштів та державного управління на цьому тлі є більш технічним питанням, яке кожна країна вирішує, виходячи з власного правового середовища, особливостей системи охорони здоров'я, податкової та фінансової систем.

Відмінності систем фінансування в різних країнах, необхідність більш детального вивчення форм управління унеможливають формування пропозиції для України, базуючись лише на огляді світових практик. Так, наприклад, на сьогоднішній день для України фінансування ЗПТ за кошти місцевих бюджетів призведе до більших витрат та є більш ризикованим з точки зору зміни політичної волі порівняно з фінансуванням із державного бюджету (що зумовлює необхідність виділення коштів на закупівлю препаратів як у рамках діючої Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, так і наступної програми в обсягах, що відповідають потребі в лікуванні), тоді як для багатьох країн світу такий підхід є найбільш оптимальним та гнучким з точки зору реагування на потреби територіальної громади.

В умовах обмежених ресурсів актуальним є питання визначення категорій пацієнтів, які мають гарантовано отримувати безкоштовно лікування (наприклад, особи з ВІЛ-позитивним статусом, вагітні тощо). Для цього Україні необхідно визначитися з наступним:

- яким буде гарантований обсяг послуг (мінімальний пакет);
- для якої категорії хворих першочергово має бути забезпечено безоплатне лікування в умовах, якщо наявне державне фінансування не може покрити потребу на 100 відсотків;
- якою буде вартість послуг для пацієнтів, готових їх оплачувати, і що ці послуги в себе включатимуть (за можливості часткової оплати визначення того, якою буде частка оплати і на основі чого вона визначатиметься тощо);
- якою буде вартість самої послуги залежно від її складових, особливостей надання, підходів, що використовуватимуться тощо (для цього необхідно здійснити розрахунок вартості послуги з урахуванням шляхів оптимізації витрат).

Звертаючись до світового доступу, відповідь на зазначені питання можна сформулювати наступним чином:

- Мінімальний обсяг послуг має включати медикаментозне лікування та зв'язок з програмами лікування супутніх станів, таких як ВІЛ, ТБ, вірусні гепатити. Мінімальний обсяг послуг визначається кожною країною, виходячи з наявних фінансових ресурсів, політик щодо наркотиків та залежності, пріоритетних завдань (наприклад, розширення доступу до лікування замість підвищення утримання в програмі через впровадження психосоціальних послуг для країн з низьким утриманням в лікуванні, але з оптимальним охопленням ним). Обсяг мінімальних послуг закріплюється на рівні країни чинними нормативними актами (протоколи, керівництва, накази).
- Рекомендовано, щоб першочерговий доступ до лікування мали особи з ВІЛ-позитивним статусом, ТБ та іншими супутніми захворюваннями, також пацієнти, які мають низький соціальний статус та не можуть самостійно повністю або частково оплачувати власне лікування.
- Вартість послуг визначається, виходячи з економічного стану країни, але має бути максимально низькою, оскільки, як демонструє досвід окремих країн, необхідність оплачувати лікування впливає на утримання пацієнтів у програмі, орієнтацію на зниження доз тощо. Водночас підхід щодо часткової або повної оплати власного лікування у більшості країн розглядається як такий, що має право на існування та є додатковим засобом, спрямованим на розширення доступу до ЗПТ.

Важливими чинниками скорочення витрат на підтримку життєдіяльності та розвиток програми ЗПТ є:

- стимулювання національного виробництва препаратів ЗПТ, зниження цін на ліки як для закупівлі препаратів за власні кошти пацієнта, так і за рахунок коштів державного бюджету;
- залучення до надання послуг ЗПТ приватних клінік, первинної ланки медичної допомоги, НУО, волонтерів тощо;
- впровадження і розширення видачі препаратів для самостійного прийому;
- чіткий розподіл обсягу надання послуг ЗПТ відповідно до рівнів забезпечення медичною допомогою (пакет послуг може відрізнятися залежно від типу лікувального закладу та функцій щодо надання медичної допомоги).

Зазначені підходи є ключовими для забезпечення ефективного впровадження програми, її інституціалізації, скорочення тягаря фінансових та кадрових витрат на її підтримку.

Стратегічно важливим для інституціалізації програми є розуміння ЗПТ як методу лікування залежності (стандартна медична послуга), а не лише як компонента стратегії зменшення шкоди. Так, для забезпечення стійкості програми необхідно формувати чітке розуміння послуги ЗПТ як інструмента залучення СІН до тестування та лікування ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів, інтегрувати в систему наркологічної допомоги як стандартну послугу, забезпечивши її зв'язок із сервісами лікування ВІЛ-інфекції.

Посилання

1. http://www.aph.org.ua/assets/ukr/ZPT_ukr.pdf — Стислий виклад результатів операційного дослідження «Оцінка доступу до лікування ВІЛ та туберкульозу у пацієнтів ЗПТ на прикладі різних моделей надання послуг», Alliance-Ukraine, Socioconsulting, Kyiv, 2014
2. <https://www.hri.global/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf> — Global State of Harm Reduction 2014, HRI, London, 2014
3. <http://www.emcdda.europa.eu/responses/treatment-overviews> — The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, 2016
4. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/241341/How-to-improve-Opioid-Substitution-Therapy-implementation.pdf?ua=1 — How to improve Opioid Substitution Therapy implementation, WHO, Copenhagen, 2014
5. https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/lowering-the-threshold-20100311-russian_0.pdf — Снижение порога: Модели доступного метадонового и бупренорфинового лечения, OSF, NYC, 2010
6. www.uiphrp.org.ua/media/1402 — Расширение доступности опиоидной заместительной терапии для потребителей инъекционных наркотиков в Восточной Европе и Центральной Азии, отчет с Регионального заседания «Проблемы наркопотребления в Центральной Азии и пути их решения», IAS, Bishkek, 2011
7. https://www.unodc.org/documents/russia//Reports/report_2004-03-15_1_ru.pdf — Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа, WHO/UNODC/UNAIDS, 2004
8. http://www.countthecosts.org/sites/default/files/ost_in_cee_ca_2008_en.pdf — Opioid Substitution Therapy in Selected Countries of Eastern Europe and Central Asia, IAS, 2008
9. https://www.hri.global/files/2014/09/22/Funding_report_2014.pdf — The funding crisis for harm reduction, HRI, IDPC, Alliance, 2014
10. http://www.who.int/hiv/pub/idu/who_unodc_unaids_target_settings_rus.pdf?ua=1 — Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков, WHO/UNODC/UNAIDS, 2009
11. <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/5> — Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Harm Reduction Journal 4:5. Michels I., Stöver H., Gerlach R. (2007).
12. <http://www.pennington.org.au/wp-content/uploads/2014/08/ORT-paper-for-consultation.pdf> — Opioid Replacement Therapy (ORT) Fees, Pennington Institute, Australia, 2014
13. http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/GRC_narrative_report_2015.pdf — Global AIDS Response Progress Report 2015 (Greece), The Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (HCDCP), Amarousio, 2015
14. <http://www.harm-reduction.org/ru/regional-and-national-reports> — Подробное описание возможностей и проблем, связанных с инвестициями в снижение вреда и реализацией программ снижения вреда в странах ВЕЦА
15. [http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/ru-Belarus-National_report\(1\).pdf](http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/ru-Belarus-National_report(1).pdf) — Снижение вреда: аргументы в пользу стратегических инвестиций: Национальный отчет Республики Беларусь. Минск, 2015.

16. [http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/GHRN-National%20Report-final\(1\).pdf](http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/GHRN-National%20Report-final(1).pdf) — Harm Reduction National Report, GHRN, 2015
17. [http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/%D0%BE%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%2B%D1%80%D1%83%D1%81%2B%D0%9A%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%85%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD\(1\).pdf](http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/%D0%BE%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82%2B%D1%80%D1%83%D1%81%2B%D0%9A%D0%B0%D0%B7%D0%B0%D1%85%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD(1).pdf) — Национальный отчет республики Казахстан: «Снижение вреда работает. Аргументы в пользу финансирования», ОЮЛ «КазСоюз ЛЖВ», 2015
18. http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/National_report_Lithuania_EN-210x297mm-FINAL.pdf — Recommendations for Developing Harm Reduction Services and Improving Their Quality in Lithuania, "I Can Live", Vilnius, 2015
19. http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/National_report-Full.pdf — Национальный отчет «Снижение вреда работает. Аргументы в пользу финансирования», UORN, Кишинев, 2015
20. http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/%D0%A2%D0%B0%D0%B4%D0%B6%D0%B8%D0%BA%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%20%D0%9D%D0%B0%D1%86_%D0%9E%D1%82%D1%87%D0%B5%D1%82_%D0%A4%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%BB.pdf — Национальный отчет «Программа снижения вреда в Республике Таджикистан, кому платить за здоровье нации», ОО «СПИН Плюс», Душанбе, 2015
21. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143682_EN_TDSI11001ENC.pdf — Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study, EMCDDA, Lisbon, 2011
22. <http://www.harm-reduction.org/ru/node/2474> — «Сравнительный анализ Клинических протоколов ведения опиоидной заместительной терапии в 6 странах Восточной Европы и Центральной Азии: Беларусь, Грузия, Молдова, Литва, Казахстан, Таджикистан», ЕССВ, Вильнюс, 2016
23. http://creidu.edu.au/policy_briefs_and_submissions/10-opioidpharmacotherapy-fees-a-long-standing-barrier-to-treatment-entry-and-retention — Opioid pharmacotherapy fees: A long-standing barrier to treatment entry and retention, CREIDU, Australia, 2014
24. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_143682_EN_TDSI11001ENC.pdf — COST AND FINANCING OF DRUG TREATMENT SERVICES IN EUROPE: AN EXPLORATORY STUDY, EMCDDA, Lisbon, 2011
25. http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/IDPC-briefing-paper_OST-in-Eurasia.pdf — Opioid Substitution Therapy in Eurasia: How to increase the access and improve the quality, IDPC, EHRN, London, 2012
26. <https://www.hri.global/files/2012/09/04/LatinAmerica.pdf> — 2.5 Regional Update on Latin America, HRI, London, 2014
27. https://hlaw.ucsd.edu/wp-content/uploads/2014/09/Werb_Mexico-Crisis_IJDP_2014.pdf — Mexico's drug policy reform: Cutting edge success or crisis in the making? — International Journal of Drug Policy, 2014
28. <http://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/overview> — HIV AND AIDS IN LATIN AMERICA REGIONAL OVERVIEW, AVERT, 2016
29. <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Greece> — Drug treatment overview for Greece, EMCDDA, Lisbon, 2015
30. <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Denmark> — Drug treatment overview for Denmark, EMCDDA, Lisbon, 2015
31. <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/united-kingdom> — Drug treatment overview for United Kingdom, EMCDDA, Lisbon, 2015

32. <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Bulgaria> — Drug treatment overview for Bulgaria, EMCDDA, Lisbon, 2015
33. <http://www.emcdda.europa.eu/data/treatment-overviews/Germany> — Drug treatment overview for Germany, EMCDDA, Lisbon, 2015
34. [http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/Regional_report_RU_210x297%2B3mm\(1\).pdf](http://www.harmreduction.org/sites/default/files/inline/files/Regional_report_RU_210x297%2B3mm(1).pdf) — На пути к устойчивому финансированию снижения вреда. Региональный отчет, ECCB, Вильнюс, 2015
35. Персональна комунікація з Inga Babicheva (UNDP, Kyrgyzstan, 2016)
36. Персональна комунікація з Zura Sikharulidze (Uranti, Georgia, 2016)
37. Персональна комунікація з Liudmila Trukhan (Positive Movement, Belarus, 2016)
38. Персональна комунікація з Stephen Malloy (EuroNPUD, UK, 2016)
39. Персональна комунікація з Ruth Birgin (INWUD, Australia, 2016)
40. Персональна комунікація з Edo Agustian (ANPUD, Indonesia, 2016)
41. <http://www.harm-reduction.org/ru/blog/substitution-therapy-iran-one-thousand-and-one-nights-fairy-tales> — Заместительная терапия в Иране. Сказка 1001 ночи? Дарья Очерет, ECCB, 2016
42. The cost of providing methadone maintenance treatment in Ontario, Canada, Gregory S. Zaric, Andrew W. Brennan, Michael Varenbut, and Jeff M. Daiter

Думки експертів щодо впровадження різних моделей/підходів життєстійкості замісної підтримувальної терапії

2

Збір експертних думок проходив у рамках проекту «Покращення якості та стійкості медикаментозного підтримувального лікування (МПЛ) в Україні», що впроваджується Міжнародним благодійним фондом «Альянс громадського здоров'я» у межах угоди між Урядом Сполучених Штатів Америки та Урядом України у рамках технічного співробітництва та допомоги.

За результатами даного опитування було систематизовано рекомендації експертів, що допоможуть впровадити найбільш ефективні та життєстійкі моделі медикаментозного підтримувального лікування, що в свою чергу сприятиме отриманню довготермінових позитивних результатів у соціальній сфері та здоров'ї пацієнтів ЗПТ.

У ході збору експертних думок опитано:

- 11 експертів національного рівня;
- 9 експертів регіонального рівня, а саме — медичний персонал, залучений до реалізації програми ЗПТ (лікарі наркологі, медсестри тощо).

У опитуванні взяли участь:

- представників державних установ;
- представників міжнародних організацій/міжнародних проектів;
- представників НУО, що здійснюють соціальний супровід пацієнтів програми ЗПТ;
- представників НУО, що працюють у сфері формування політики щодо ЗПТ, розвитку програм ЗПТ.

Переважна більшість експертів мають досвід роботи в сфері ЗПТ понад сім років.

Усі експерти продемонстрували розуміння актуальності та важливості ЗПТ з точки зору громадського здоров'я, впливу на зниження кримінальної поведінки та ресоціалізацію осіб, хворих на опіоїдну залежність.

Залучення різних типів ЛПЗ до надання послуг

Переважна більшість експертів схиляється до думки, що будь-які медичні заклади незалежно від підпорядкування, форми власності та спеціалізації можуть бути залучені до надання послуг ЗПТ. Пріоритет у даному питанні надавався наркологічним диспансерам та іншим спеціалізованим медичним закладам (тубдиспансери, СНІД-центри, інфекційні лікарні тощо). Водночас, говорячи про доступність даної послуги, експерти схилялися до необхідності залучення центрів первинної медико-санітарної допомоги (поліклініки), приватних медичних закладів, лікарень загального профілю (районні лікарні, лікарні швидкої допомоги тощо). Крім того, частина експертів говорили про можливість залучення аптечних закладів як місць видачі препаратів ЗПТ.

НУО відводиться роль забезпечення пацієнтів ЗПТ соціальним супроводом. Окремі експерти зазначали, що у випадку, коли НУО отримає ліцензію на медичну діяльність для надання послуг за напрямом ЗПТ, її можна буде розглядати як приватний медичний заклад.

Фінансування програми

Важливим чинником, який впливає на стійкість послуг програми ЗПТ, є надійне та стабільне джерело фінансування. На питання: «На кого краще покласти фінансування програми ЗПТ аби забезпечити її стійкість?» більшість експертів відповіли, що має бути комбінація джерел фінансування: держава, донори та самі пацієнти. Хоча експерти не мали однозначної та чіткої відповіді щодо відсоткового розподілу часток такого комбінованого фінансування, узагальнюючи бачення опитаних можна представити наступну модель фінансування, де:

- держава оплачує 30% витрат програми,
- пацієнти та/або треті особи (наприклад, донори) — 70% або
- держава, донори та пацієнти оплачують порівну по 33% витрат на програму ЗПТ.

Також одні експерти стверджували, що основна частка фінансування має бути покладена на державу, у той час інші заперечували це твердження та висловлювали аргументи, які можна узагальнити наступною думкою: «Важко повірити в те, що держава зможе взяти на себе забезпечення реалізації програм ЗПТ».

Підсумовуючи бачення експертів щодо оптимального джерела фінансування, можна сказати, що майже всі опитані пропонують перекласти певну частку витрат на фінансування програми на пацієнтів.

Підходи до забезпечення життєстійкості програм ЗПТ⁵⁰

Йдеться як про нові, так й про існуючі підходи до організації лікувального процесу та фінансування програми. Експерти говорили про переваги та недоліки, ризики та обмеження різних підходів, а також надавали свої рекомендації щодо їх впровадження, крім того, піднімали важливі питання, пов'язані з реалізацією підходів, на які на той час у них не було відповіді. Акцент у розмовах з експертами щодо джерел фінансування різних підходів ставився на їх фінансуванні за кошти місцевих бюджетів та пацієнтів.

Нижче представлено узагальнене бачення експертами різних підходів щодо забезпечення стійкості програми, включаючи переваги, недоліки, ризики та обмеження кожного з них.

Варто зазначити, що всі наведені нижче характеристики тих чи інших підходів відображають думки різних експертів, можуть бути суперечливими та не співпадати з думками інших експертів чи замовника опитування. Але всі вони максимально повно описані для бачення загальної картини.

1. Підхід до забезпечення життєстійкості програми ЗПТ із впровадженням госпрозрахункового кабінету

Переваги:

- ✓ Є відповідна законодавча база.
- ✓ Медичні заклади мають досвід роботи з госпрозрахунковим кабінетом.
- ✓ Надає гнучкість закладам в отриманні та використанні коштів.
- ✓ Сприяє незалежності медичного закладу і програми від донорів та державного фінансування.
- ✓ Цей підхід потенційно розширить доступ до ЗПТ, збільшить кількість пацієнтів у програмі.

⁵⁰ Під життєстійкістю ми розуміємо відрегульований механізм реалізації послуг ЗПТ, які є стабільними та довгостроковими.

Недоліки:

- ✗ Не всі пацієнти мають змогу оплачувати послуги, лікування (близько 50% спроможні).
- ✗ Незацікавленість у якості послуг і орієнтація лише на прибуток («Нікому не цікавий сам пацієнт і його потреби, цікавлять лише його гроші. І тільки в окремих випадках лікарі цікавляться пацієнтом»).
- ✗ Відсутність соціального працівника, психолога.
- ✗ Утримувати такий кабінет економічно не вигідно.
- ✗ Гнучкість в отриманні та використанні коштів недостатня: не можна використовувати кошти на будь-що (наприклад, одноразові стаканчики).
- ✗ Необхідно узгоджувати ціну послуги з органами влади.
- ✗ Неможливе фінансування з інших джерел, тільки від пацієнтів.

Ризики та обмеження:

- ⊖ Зміна вартості послуг чи препарату може вплинути на рішення пацієнта щодо продовження участі у програмі.
- ⊖ На даному етапі складно оцінити результат та ефективність такого підходу.
- ⊖ Спротив з боку лікарень (не зацікавлені у відкритті такого кабінету).
- ⊖ Фіксація фінансування фонду заробітної плати.
- ⊖ Неможливо використовувати кошти на всі потреби кабінету.
- ⊖ Немає соціальних послуг, максимум що є — література.
- ⊖ Необхідність налагодити співробітництво з НУО.

Ключові питання, рекомендації, висновки:

- ? Вивчення питання стосовно вартості послуги, яка може бути привабливою для пацієнта та сприятиме утриманню в програмі.
- ? Розробка підходів щодо формування ціни на послугу, системи контролю якості їх надання.
- ? Для впровадження підходу необхідно мати чіткий алгоритм дій (включаючи розрахунок потреби, опис організаційних процедур).
- ? Використання спеціального рахунку для оплати послуг лікування пацієнтами.
- ? Необхідне стажування медперсоналу щодо створення госпрозрахункового кабінету.

2. Підхід до забезпечення життєстійкості програми ЗПТ, при якому послуги надаються на базі приватних клінік

Переваги:

- ✓ Менше навантаження на державні клініки.
- ✓ Близьке розташування, забезпечення анонімності, менша стигматизація пацієнта.

- ✓ Додаткові можливості для пацієнтів (вибір місця лікування, отримання лікування у випадку відсутності місць на безкоштовний препарат).
- ✓ Можливість завжди придбати препарат (відсутність черг, зручний графік роботи).
- ✓ Є нормативна база для забезпечення впровадження ЗПТ.
- ✓ Дозволяє вийти на групу хворих, які матеріально добре забезпечені та належать до заможних верств населення і традиційно не хочуть лікуватися у державних клініках через низький рівень обслуговування та можливість розголошення інформації.
- ✓ Мотивація хворих на результат, більша прихильність до програми (оскільки платять власні гроші, то зацікавлені в утриманні у програмі).

Недоліки:

- ✗ Не всі пацієнти спроможні платити за ЗПТ.
- ✗ Лікарів та керівництво клініки більше цікавить можливість заробити гроші, а не пацієнт.
- ✗ Слабкий контроль за пацієнтами.
- ✗ Різна вартість послуг залежно від клініки та регіону.
- ✗ Закритість такої структури (відсутність налагодженої звітності перед державними структурами щодо кількості пацієнтів, доз препаратів, наданих послуг тощо).
- ✗ Не відпрацьовано механізм закупівлі державою послуг ЗПТ у приватних клінік.
- ✗ У такому вигляді, як на даному етапі, це виглядає, як безконтрольна «наливайка».
- ✗ Відсутність заходів із психосоціального супроводу.

Ризики та обмеження:

- ⊖ Не кожен пацієнт може дозволити собі дороге лікування.
- ⊖ Викликає сумнів якість лікування та його тривалість (лікування може припинитися, якщо у пацієнта закінчились кошти, а не тоді, коли він готовий до його завершення).
- ⊖ Відсутність довготермінових гарантій щодо роботи лікарні.
- ⊖ Можливі перебої з поставкою препаратів.
- ⊖ Відсутність орієнтації на стабільне відвідування (є гроші — отримав препарат, немає — пацієнт не відвідує кабінет ЗПТ).
- ⊖ Залежність дози від наявності коштів у пацієнта, а не його індивідуальних потреб (наприклад, призначення низьких в терапевтичному плані доз через неспроможність пацієнтів оплачувати більш високу дозу).
- ⊖ Відсутність заходів психосоціального супроводу.
- ⊖ Непідзвітність національним інституціям, відсутність контролю, діяльність поза Національною програмою протидії ВІЛ.

Ключові питання, рекомендації, висновки:

- ? На даному етапі ця модель не демонструє життєздатності і забезпечення стійкості: «Все залежить від розміру гаманця клієнта та бажання закладу».

- ? Потрібно визначити, чи готові приватні клініки до ЗПТ у контексті правильного розуміння цілей та завдань програми.
- ? Діяльність приватної клініки має відповідати потребам клієнтів ЗПТ та бути компонентом зменшення шкоди, а не лікуванням больового синдрому (на даному етапі ін'єкції бупренорфіну — короткострокова детоксифікація).
- ? Слід розробити механізм отримання коштів державного бюджету для обслуговування пацієнтів відповідно до держзамовлення.
- ? Включити інформацію про пацієнтів приватних клінік до системи національної звітності.

3. Підхід до забезпечення життєстійкості програми ЗПТ, де фінансування програми здійснюється за кошти місцевого бюджету

Переваги:

- ✓ Незалежність від донорського фінансування.
- ✓ Демонстрація відповідальності держави.
- ✓ Сприяє формуванню прихильності органів місцевої влади до програм профілактики ВІЛ та зменшення шкоди.
- ✓ Можливість самостійно регулювати цілі щодо охоплення лікуванням та розробляти нові підходи до надання послуг.
- ✓ Більший контроль органів місцевої влади над ЗПТ (водночас це може бути і ризиком).
- ✓ Додаткове джерело фінансування.
- ✓ Легше отримати кошти з місцевого бюджету, ніж з державного.
- ✓ СІН відчувають турботу, що впливає на їх прихильність до програми.

Недоліки:

- ✗ Вартість препарату значно вища, ніж коли закупка здійснюється на національному рівні (це впливає на зменшення охоплення лікуванням).
- ✗ Залежність від політичної та економічної ситуації в країні, регіоні.
- ✗ Відсутність розуміння та підтримки з боку місцевих органів влади.
- ✗ Відсутність стабільності та довготермінових гарантій (через «бідність країни», «ситуацію на сході», «зміни керівного складу органів влади» тощо).
- ✗ Відсутня методологія процедури закупівлі — хто закуповуватиме, за яку ціну та з використанням яких процедур (тендер тощо).
- ✗ Складні фінансові процедури.
- ✗ Низька заробітна плата медичного персоналу, що спричиняє низьку мотивацію в реалізації програми.

Ризики та обмеження:

- ⊗ Політичні ризики (ситуація в країні, бажання/небажання місцевої влади).
- ⊗ Суб'єктивне визначення кількості пацієнтів, які потребують лікування (орієнтація на особисте бачення проблеми особою, яка приймає рішення).
- ⊗ Низька підтримка на рівні громади та подекуди спротив.
- ⊗ Відмінності у вартості препаратів залежно від регіону.
- ⊗ Відсутність розуміння щодо того, хто і як має здійснювати закупівлю (ДОЗ, служби соціального захисту населення, безпосередньо ЛПЗ): ризик того, що закупівля не відбудеться.
- ⊗ Можливі зміни цільового призначення зазначених коштів для закупівлі препаратів ЗПТ на інші потреби.
- ⊗ Більший контроль влади щодо ЗПТ.

Ключові питання, рекомендації, висновки:

- ? Включення ЗПТ до списку послуг, які можуть надаватися за кошти місцевого бюджету («Кошти мають бути закладені в місцеву програму/бюджет. Працюючий механізм соціального контракту»).
- ? Потрібні медичні субвенції з переліком послуг, до яких включено ЗПТ.
- ? Проведення перемовин/адвокації з фармацевтичними компаніями-виробниками щодо зниження ціни на препарат для здійснення закупівель на місцевому рівні. Розробка шляхів здійснення централізованих закупівель, що дозволить знизити ціну.
- ? Адвокація програм ЗПТ на місцевому рівні, налагодження діалогу з адміністраціями.
- ? Сприяння зростанню впливу спільноти, громади на політиків та місцеві органи влади.
- ? Моніторинг ефективності використання коштів. Інтеграція в індикатори міста.

4. Підхід, коли закупівля препарату, що видається за рецептом, здійснюється за кошти пацієнта**Переваги:**

- ✓ Доступність та зручність для пацієнтів (непотрібно щоденно відвідувати кабінет ЗПТ, можна подорожувати, знімає обмеження щодо пошуку роботи).
- ✓ Зниження вартості утримання програми для держави та донора.

Недоліки:

- ✗ Не всі пацієнти спроможні платити.
- ✗ Такий підхід розрахований на свідомих споживачів.
- ✗ Відсутність контролю прийому препарату ЗПТ пацієнтом, можливе нецільове його використання.
- ✗ Наявність препарату в аптеках (не у всіх регіонах/аптеках препарат є в наявності).

Ризики та обмеження:

- ⊗ Можуть бути охоплені лише пацієнти з нормальною купівельною спроможністю.
- ⊗ Ризики щодо одночасного вживання вуличних наркотиків, передозування.
- ⊗ Криміналізація — повернення до кримінальної поведінки, витік препарату.
- ⊗ Закінчення препарату в аптеках, відмова працювати з препаратом (варто передбачити заохочення аптек через гарантований прибуток від продажу препаратів).
- ⊗ Зловживання з боку лікаря, який відпускає рецепт.
- ⊗ Політична нестабільність (зміни наркополітики в бік збільшення контролю за видачею препаратів для самостійного прийому).

Ключові питання, рекомендації, висновки:

- ? Формування чіткого розуміння складових вартості послуги.
- ? Необхідність налагодити контроль за постійною наявністю препарату в аптеках.
- ? Підхід не може бути використаний в «чистому» вигляді, на початковому етапі пацієнт має відвідувати кабінет ЗПТ (має застосовуватися в комбінації з іншими підходами).
- ? Потрібна обережність щодо впровадження такої практики через потенційні ризики, які перевищують користь.

5. Підхід, що впроваджується на базі ЛПЗ, які надають первинну медичну допомогу

Переваги:

- ✓ Найдешевша модель.
- ✓ Збільшення кількості кабінетів ЗПТ.
- ✓ Територіальна наближеність до пацієнта.
- ✓ Зменшення стигматизації та дискримінації хворих.
- ✓ Покращення якості лікування («сімейний лікар знає сім'ю, інші захворювання пацієнта, історію хвороби, потреби»).
- ✓ Інтеграція послуг щодо лікування супутніх захворювань.
- ✓ Зменшення криміногенної ситуації внаслідок відсутності скупчення наркоспоживачів в одному місці; зменшення негативної уваги до ЛПЗ, що надають послуги ЗПТ.

Недоліки:

- ✗ Високий спротив лікарів, які надають ПМД («Лікарі бояться наркоманів, бояться працювати з ними, що веде до стигматизації пацієнтів»).
- ✗ Страх лікарів перед правоохоронними органами та роботою з наркотичними лікарськими засобами.
- ✗ Перевантаженість лікарів ЦПМСД роботою, що може вплинути на якість послуг.
- ✗ Відсутність лікарів-наркологів на базі ЛПЗ, що надають ПМД.

Ризики та обмеження:

- ⊗ Недостатність лояльних, толерантних фахівців в ЦПМСД.
- ⊗ Залежність від волі управління департаменту охорони здоров'я, його політики та стратегії.
- ⊗ Необхідність залучення додаткового фінансування для створення умов надання ЗПТ.
- ⊗ Обмеженість функцій сімейного лікаря щодо ведення пацієнтів («сімейний лікар може лише видавати препарат, в іншому мають залучатися профільні спеціалісти (особливо — якщо пацієнт у важкому стані)»).
- ⊗ Низька пріоритетність пацієнтів ЗПТ стосовно інших хворих ЦПМСД.

Ключові питання, рекомендації, висновки:

- ? Надання послуг ЗПТ передусім є способом організації лікування, а не підходом до формування стійкості програми.
- ? Потрібно розуміти, хто фінансуватиме послугу та в якому обсязі.
- ? Необхідно додатково доплачувати за цю послугу лікарям (хто це буде робити?).
- ? Потрібно навчати лікарів ЦПМСД працювати з їхніми страхами та міфами.
- ? Потрібен перерозподіл людських ресурсів для роботи у вихідні дні.
- ? Потрібно розробити методичні рекомендації щодо впровадження ЗПТ на базі первинної ланки.

Крім вищезазначених підходів експерти назвали ті, що потребують додаткового вивчення:

- ┆ **Центри комплексних послуг наркозалежним:** реабілітація, ЗПТ, робота зі співзалежними, кімната для перебування дітей, курси з працевлаштування тощо. Можуть бути частково впроваджені платні послуги для клієнтів.
- ┆ Підхід інтегрованих медичних послуг наркозалежним: організація на базі одного закладу доступу до АРТ, ЗПТ, протитуберкульозного лікування тощо.
- ┆ Страхова модель: фінансування через страхові, соціальні фонди (слід врахувати ризики у разі державного фінансування; необхідність розробки системи контролю, оцінки якості).
- ┆ Рецептна форма на базі первинної ланки, коли дозу підбирає лікар-нарколог, після чого пацієнт переводиться до ЦПМСД для отримання препаратів за рецептом.

Загальні рекомендації та висновки, які були надані в ході збору експертних думок:

- ☛ Розробка окремої програми по ЗПТ з реалістичним бюджетом.
- ☛ Комбінація джерел фінансування з прорахунком часток відповідно до того, хто за що платить.
- ☛ Відпрацювання шляхів «перекриття» фінансування у разі виникнення проблем з фінансування з одного джерела.
- ☛ Забезпечення прозорості у порядку формування цін на препарати та послуги в рамках будь-якого підходу.

- ☛ У разі надання платних для пацієнта послуг — забезпечити, щоб вартість лікування була значно дешевшою, ніж вартість вуличного наркотику.
- ☛ Централізована закупівля препарату для його здешевлення та/або проведення перемовин/адвокації з фармацевтичними компаніями щодо зниження ціни на препарат для закупівель на місцевому рівні.
- ☛ Формування розуміння ЗПТ як стандартної медичної процедури, а не лише програми зменшення шкоди чи профілактики.
- ☛ Підвищення мотивації медичних працівників за роботу із зазначеною категорією хворих.
- ☛ Визначення мети програми ЗПТ («чи має СІН бути на ЗПТ все своє життя? Чи має бути вихід з програми?»).
- ☛ Проведення оцінки потреби у послугах ЗПТ на національному та регіональному рівнях.
- ☛ Забезпечення гарантованості безкоштовного лікування для певних категорій пацієнтів (наприклад, для ВІЛ-позитивних, вагітних, малозабезпечених).
- ☛ Посилення ролі державних структур щодо координації програми ЗПТ.
- ☛ Посилення адвокації подальшого розвитку та життєстійкості ЗПТ.
- ☛ При виборі та пілотуванні проектів потрібно йти від потреб та можливостей, епідеміологічної ситуації регіону, а не від моделі/підходу (аналіз ситуації ➡ список моделей ➡ прийняття рішення, залежно від можливостей та існуючої інфраструктури).

Описані моделі/підходи умовно поділено на дві категорії: відповідно до джерел фінансування та форми організації надання послуг.

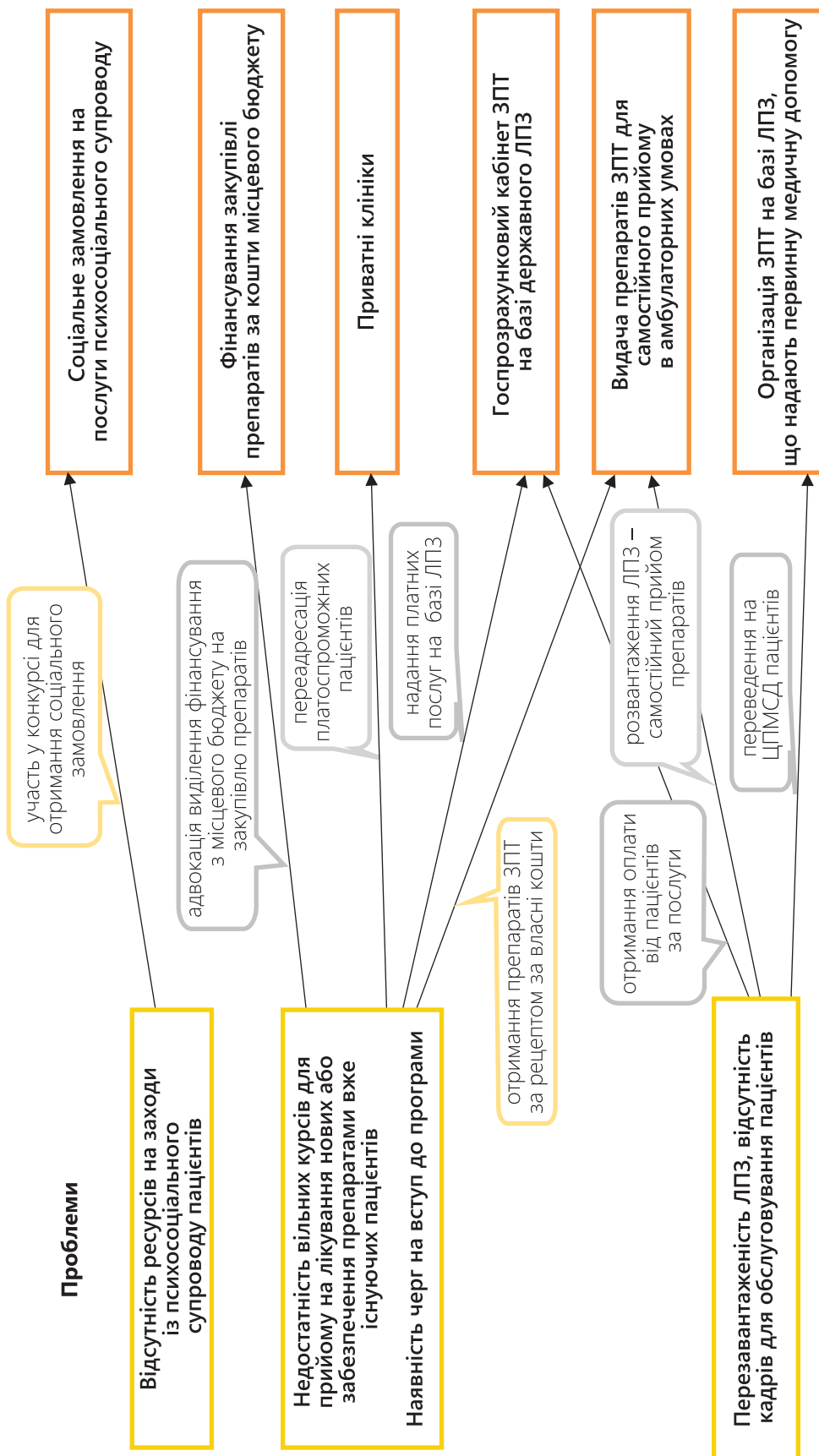
Опис моделей/підходів до надання послуг замісної підтримувальної терапії

Відповідно до джерел фінансування	Відповідно до організації надання послуг (місце видачі/прийому препаратів)
<ul style="list-style-type: none"> Фінансування закупівлі препаратів за кошти місцевого бюджету. Соціальне замовлення на послуги психосоціального супроводу. Приватні клініки. Госпрозрахунковий кабінет ЗПТ на базі державного ЛПЗ. 	<ul style="list-style-type: none"> Видача препаратів ЗПТ для самостійного прийому в амбулаторних умовах. Організація ЗПТ на базі ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу.

Ключові характеристики моделей/підходів:

- Моделі/підходи не є абсолютно автономними та спрямовані на вирішення конкретних проблем.
- На базі одного ЛПЗ можливе використання одночасно декількох моделей/підходів для забезпечення сталості послуг ЗПТ та підвищення їхньої якості.
- Опис включає в себе конкретний алгоритм дій для впровадження/реалізації моделі/підходу.

Моделі/підходи,
що можуть бути
використані для їх вирішення



3.1 Видача препаратів ЗПТ пацієнтам для самостійного прийому поза межами лікувально-профілактичного закладу

3.1.1 Передумови та поточний стан впровадження

Передумови

Активне впровадження моделі видачі препаратів ЗПТ для самостійного прийому розпочалося в 2015–2016 рр. після приведення законодавства України у відповідність із сучасними міжнародними вимогами стосовно забезпечення балансу між доступом до лікування із використанням наркотичних лікарських засобів та попередженням їх витоку в нелегальний обіг.

Впровадження видачі препаратів ЗПТ в Україні для самостійного прийому спирається на міжнародні рекомендації та підходи («Керівництво з фармакологічного лікування опіоїдної залежності», ВООЗ):

- Для всіх пацієнтів рекомендується здійснювати нагляд та контроль за прийомом доз препарату, за виключенням окремих категорій, які відповідають розробленим на національному рівні критеріям (стабільні пацієнти, клієнти, які не мають можливості щоденно відвідувати ЛПЗ через стан здоров'я, територіальну віддаленість ЛПЗ, роботу та необхідність догляду за дітьми тощо).
- До ключових елементів «стабільності» входить наявність житла та роботи, відсутність залежності одночасно від декількох ПАР, в тому числі алкоголю, припинення ін'єкційного вживання після початку лікування, дотримання правил програми ЗПТ.
- На ранній стадії лікування препарати ЗПТ повинні прийматись лише під контролем лікаря (рання стадія лікування у різних країнах інтерпретується по-різному — 2–6 місяців від початку лікування).
- Препарати для прийому на дому можуть видаватися пацієнтам, якщо переваги від зменшення частоти прийому в ЛПЗ більші, ніж ризики переведення лікувального засобу в незаконний обіг, за умови регулярних перевірок.
- Для країн з високим рівнем епідемії ВІЛ серед СІН (до яких належить і Україна) розширення масштабів лікування є першочерговим завданням, виконання якого можливе лише за рахунок ослаблення контролю за прийомом доз препаратів ЗПТ, а саме активним впровадженням видачі препаратів «на руки». **Переваги від ослаблення норми контролю у вигляді впливу на епідемію вважаються більшими, ніж потенційний ризик щодо витоку певної частини препаратів у незаконний обіг.**
- Для країн, де лікування препаратами ЗПТ недоступне, найбільшу користь для громадського здоров'я може принести впровадження **лікування бупренорфіном** без щоденного нагляду за прийомом доз.

Нормативна база

Передумовою впровадження моделі в Україні стало прийняття наступних нормативних документів:

- Постанови КМУ № 333 від 13.05.2013 р. «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»;
- Наказу МОЗ України № 494 від 07.08.2015 р. «Про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і

прекурсорів у закладах охорони здоров'я» (затвердження форм первинної облікової документації, листка призначень тощо);

Також були внесені **зміни до наступних нормативних актів:**

- Наказу МОЗ України № 360 від 19.07.2005 р. «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень» (наказ МОЗ України № 496 від 07.08.2015 р.) у частині дозволу *рецептурної видачі таблетованої форми метадону з встановленням гранично допустимої кількості на один рецепт*;
- Наказу МОЗ України № 200 від 27.03.2012 р. «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю» (Наказ МОЗ України № 863 від 17.12.2015 р.) у частині дозволу *видачі препаратів ЗПТ для самостійного прийому поза межами ЛПЗ із встановленням критеріїв для такої видачі*.

Таблиця 3.1. Нормативні акти, на які спирається видача препаратів ЗПТ для самостійного прийому

Нормативний акт	Питання, що регулюється	Пункт акту
Постанова КМУ № 333 від 13.05.2013 р.	Призначення препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів для лікування в амбулаторних умовах, у тому числі в умовах створеного стаціонару вдома	п. 27–30
Наказ МОЗ України № 360 від 19.07.2005 р. (зі змінами)	Правила виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення, гранично допустима для відпуску кількість засобу на один рецепт	Весь акт з додатками
Наказ МОЗ України № 494 від 07.08.2015 р.	Форма первинної облікової документації № 129–9/о «Журнал обліку препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я для виконання призначень лікаря в стаціонарних умовах» та Інструкція щодо її заповнення. Форма первинної облікової документації № 129–10/о «Журнал обліку повернутих зі створених стаціонарів вдома препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів» та Інструкція щодо її заповнення. Інформаційний лист для хворого або особи, яка здійснює за ним догляд (члена сім'ї, опікуна або піклувальника) про правила поводження з препаратами наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, недопущення їх використання не за медичним призначенням. Листок призначень препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів хворим, які отримують лікування в стаціонарних або амбулаторних умовах, і виконання цих призначень.	Додатки 4, 5, 6, 7
Наказ МОЗ України № 200 від 27.03.2012 р.	Видача препаратів ЗПТ за рецептом або безпосередньо з ЛПЗ: критерії видачі, методи контролю	п. 9–12

Поточний стан впровадження

Форми видачі препаратів ЗПТ для самостійного прийому відповідно до організації видачі поділяються на:

- видачу препаратів в рамках «домашнього стаціонару» для пацієнтів, які за станом здоров'я не можуть щоденно відвідувати ЛПЗ;
- видачу «на руки» безпосередньо з ЛПЗ;
- видачу препаратів за рецептом, отриманим в ЛПЗ, на руки в аптечному закладі.

Критерії для видачі препаратів для самостійного прийому (за рецептом або на руки з ЛПЗ) затверджені п. 9 Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, що затверджений Наказом МОЗ України № 200 від 27.03.2012 р. (зі змінами).

Форма видачі препаратів ЗПТ за рецептом з аптечного закладу може бути двох типів, залежно від джерела фінансування препарату, а саме:

- пацієнт отримує безкоштовно медичні і психосоціальні послуги на базі ЛПЗ, однак оплачує аптеці препарат, виписаний за рецептом;
- пацієнт отримує безкоштовно медичні і психосоціальні послуги на базі ЛПЗ та гуманітарний препарат в аптечному закладі.

Після внесення змін до нормативної бази в Україні стрімко розпочалося впровадження видачі препаратів ЗПТ для самостійного прийому.

Станом на 01.10.2016 1500 пацієнтів з 8924 осіб, які в цілому знаходяться в програмі ЗПТ, отримують препарат для самостійного прийому в амбулаторних умовах поза межами ЛПЗ.

Тобто 16% осіб або кожен шостий пацієнт, приймає препарат поза межами лікувального закладу.

Серед 1500 пацієнтів, які отримують препарат для самостійного прийому:

- 212 пацієнтів з 16 регіонів країни отримують препарат в рамках стаціонару на дому;
- 551 пацієнт з 14 регіонів країни отримує препарат безпосередньо з ЛПЗ для самостійного прийому;
- 737 пацієнтів отримують препарат за рецептом в аптечних закладах у 16 регіонах країни.

Відповідно до типу препарату 47,6% пацієнтів, яким видають бупренорфін, отримують його для самостійного прийому, а отже, приймають поза межами ЛПЗ. Серед пацієнтів, яких забезпечують таблетованим метадоном, 13,6% отримують препарат для самостійного прийому.

На жаль, серед пацієнтів, яким видають рідкий метадон, жоден не отримує його для самостійного прийому, що пов'язано з відсутністю роз'яснень та неоднозначністю нормативної бази у частині видачі зазначеної форми препарату для самостійного прийому.

Враховуючи, що видача метадонон для самостійного прийому є новою практикою для України та беручи до уваги потенційно більш високі ризики передозування саме метадоном, лікарі на місцях з великими побоюваннями ставляться до такої практики, особливо на рівні непрофільних лікарень, центрів ПМСД тощо.

Частка пацієнтів, які отримують препарат для самостійного прийому, відрізняється залежно від регіону, конкретного лікувального закладу та препарату і в окремих регіонах становить 75–90% осіб, які отримують ЗПТ конкретним препаратом. Наприклад, в Івано-Франківській області 91% пацієнтів на бупренорфіні приймають препарат самостійно поза межами ЛПЗ, серед пацієнтів на метадононі таких 34%.

Станом на 01.10.2016 року, 262 особи купують препарати за власні кошти (з них 125 — купують бупренорфін, 137 – метадон), що становить близько 3% усіх пацієнтів ЗПТ.

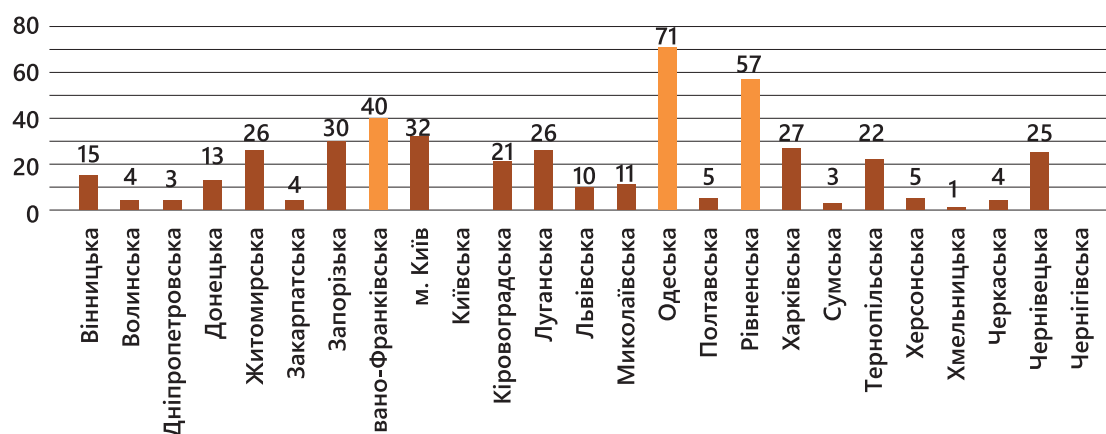
За свій рахунок пацієнти купують препарати у восьми регіонах країни: Вінницькій (29 осіб), Житомирській (28), Кіровоградській (2), Львівській (7), Миколаївській (28), Одеській (34), Сумській (8) областях та у м. Києві (126).

Найбільша частка осіб, які купують препарат за власні кошти, відносно всіх осіб, що приймають зазначений препарат, у наступних областях:

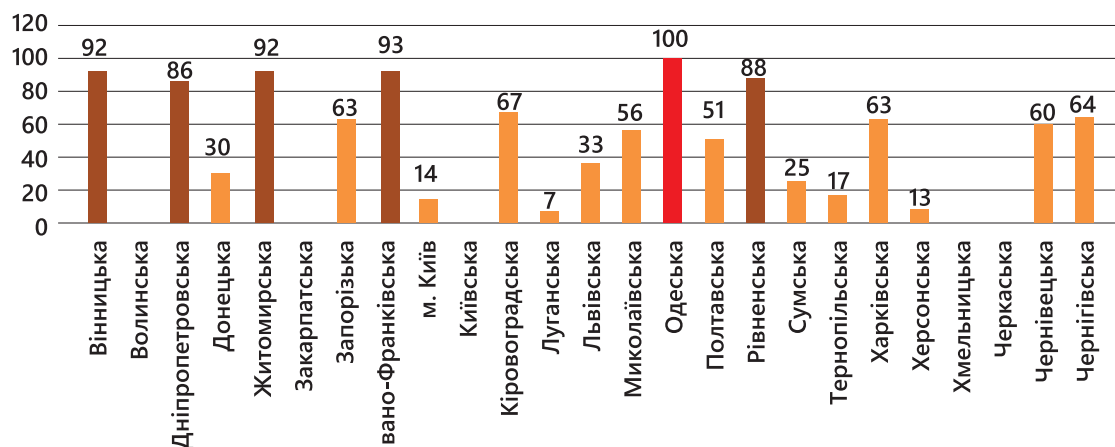
- у Вінницькій — 7,7% пацієнтів, які приймають бупренорфін, купують його за власні кошти;
- у Житомирській — 8,2% осіб, які приймають бупренорфін, купують його за власні кошти.

Незважаючи на значні досягнення у впровадженні моделі, на сьогоднішній день не всі регіони та ЛПЗ готові до її практичного застосування через низку побоювань та з огляду на недостатність доказової бази стосовно її ефективності. Так, наприклад, лікарі та особи, що приймають рішення, заявляють про значні ризики щодо витоку препаратів у незаконний обіг, потенційну небезпеку передозування та відповідальність лікаря за призначення. Так, станом на 01.10.2016 року серед 163 ЛПЗ (серед яких 16 — лікарні загального профілю, решта — наркологічні диспансери або Центри-СНІДу) лише 50 видають препарат для самостійного прийому.

Графік 3.1. Відсоток пацієнтів, які приймають препарат поза межами ЛПЗ (метадон), %



Графік 3.2. Відсоток пацієнтів, які приймають препарат поза межами ЛПЗ (бупренорфін), %



3.1.2 Опис та аналіз переваг, можливостей, недоліків, ризиків та обмежень

Переваги та можливості:

- економія держбюджету шляхом зменшення навантаження на кабінет ЗПТ;
- придбання препарату в зручний для пацієнта час (для придбання за власні кошти);
- прийом препарату в зручний для пацієнта час* (багато пацієнтів прагнуть розділити препарат на декілька частин, а також приймати його в інший час протягом доби, не прив'язуючись до графіка роботи кабінету ЗПТ);
- сприяння ресоціалізації пацієнта;
- розширення доступу до лікування/підвищення прихильності для пацієнтів, які мають обмежений просторовий доступ до ЗПТ (деякі пацієнти мають долати великі відстані заради відвідування кабінетів ЗПТ і через це переривають лікування або взагалі його не отримують).

***Рекомендації щодо отримання дози препаратів ЗПТ за декілька прийомів протягом доби (Австралійська Клінічна настанова «National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence»)**

Деяким пацієнтам може бути корисно отримувати добову дозу метадону за декілька прийомів. Зокрема:

- *пацієнтам, які приймають метадон для подолання хронічного больового синдрому, досягнення дієвого анальгетичного ефекту, як правило, потрібно приймати дозу кожні 8–12 годин;*
- *пацієнтам, в організмі яких метадон метаболізується швидко через генетичні особливості або взаємодію з іншими лікарськими засобами, що індукують CYP ферменти, корисно розподіляти добову дозу метадону на декілька прийомів, а не приймати її за один раз. У таких випадках підвищується можливість проведення терапевтичного моніторингу рівня метадону в плазмі крові (як правило, у консультації з наркологом);*
- *вагітним жінкам.*

Перед прийняттям рішення про розподіл добової дози на декілька прийомів необхідно проаналізувати питання безпеки, у тому числі використання доз препарату не за призначенням або вживання інших наркотиків. Рекомендується отримати альтернативну думку (іншого медичного працівника) або направити пацієнта до профільного спеціаліста.

З огляду на властивості бупренорфіну допустимими є різні варіанти графіка його прийому: від декількох разів на день до одного разу на 2–3 дні.

При аналізі переваг моделі/підходу ключовими питаннями, на які було спрямовано увагу, були:

- 1) Чи дійсно видача препарату за рецептом/на руки займає менше часу і наскільки?
- 2) Скільки пацієнтів мають обмежений просторовий доступ до програми ЗПТ? (під обмеженим просторовим доступом маються на увазі часові витрати на дорогу до кабінету ЗПТ в один бік, що займають більше 1-ї години).

Для підготовки відповіді на перше запитання було проведено аналіз часових (що дорівнює фінансовим) витрат медичного персоналу відповідно до різних моделей надання послуг, а саме:

- видача препарату для прийому під медичним контролем;
- рецептурна форма видачі;
- видача з ЛПЗ для самостійного прийому в амбулаторних умовах.

Для проведення аналізу було зібрано дані стосовно хронометражу робочого часу в 19 лікувально-профілактичних закладах з 14 областей України (Вінницька, Дніпропетровська, Запорізька, Івано-Франківська, Житомирська, м. Київ, Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Рівненська, Сумська, Чернівецька, Чернігівська, Херсонська), які мають досвід впровадження як мінімум двох вищезазначених моделей надання послуг, з них:

- 16 ЛПЗ надали розрахунки щодо витрат часу при рецептурній формі видачі препарату,
- 6 надали розрахунки витрат часу при видачі препарату з ЛПЗ на руки для самостійного прийому.

Для розрахунку витрат часу використовувалася наступна методика:

- 1) Протягом робочого дня медична сестра фіксує, скільки часу у неї займає обслуговування одного клієнта (включаючи ведення звітної документації). Наприкінці дня підраховується середній час, необхідний для обслуговування одного клієнта (наприклад, $5\text{хв}+2\text{хв}+10\text{хв}+7\text{хв}+\dots$ / на 20 осіб = середній час обслуговування одного клієнта).

Переваги підходу: підраховується конкретний час, витрачений на обслуговування однієї особи.

Недоліки: не враховується час, який витрачає медична сестра в очікуванні між видачею препарату.

- 2) Підсумовується час, протягом якого обслуговуються пацієнти, та ділиться на кількість клієнтів. В результаті маємо середній час, необхідний для обслуговування одного клієнта. Дані заповнюються для кожної медичної сестри окремо. Наприклад, медична сестра видає препарат (включаючи заповнення медичної документації) з 9.00 до 13.00 (4 год. або $4 \times 60 = 240$ хв.), обслуговуючи 50 осіб. Виходить $240 \text{ хв.} / 50 \text{ осіб} = 4,8 \text{ хв.}$

Таблиця 3.2. Узагальнені результати збору даних

Скільки часу витрачається на місяць залежно від форми видачі препарату		
Видача препарату щоденно з кабінетуЗПТ	Видача препарату за рецептом	Видача препарату безпосередньо з ЛПЗ на руки для самостійного прийому
2,5-2,6 годин на місяць на 1 особу (залежно від методу підрахунку). Видача бупренорфіну орієнтовно займає більше часу (приблизно в 1,5-2 рази)	1 година на місяць на 1 особу , що включає: три заходи щодо виписування рецептів (в середньому один рецепт — 17 хв.) + 1 метод контролю залишків (в середньому 12 хв.)	1 година 10 хв. на місяць на 1 особу (три видачі +1 метод контролю)

Результат: Переведення 10 пацієнтів на рецептурну форму видачі препарату дає економію на рівні 16 год. робочого часу ($2,6 \text{ год. на місяць (щоденна видача)} \times 10 \text{ осіб} = 26 \text{ год.}$ $1 \text{ год. на місяць (видача за рецептом)} \times 10 \text{ осіб} = 10 \text{ год.}$ $26-10 = 16 \text{ год. економії часу.}$

З метою підготовки відповіді на два питання було проведено:

- аналіз часових та фінансових витрат пацієнтів, пов'язаних із щоденним відвідуванням кабінету ЗПТ;
- отримано інформацію щодо просторового доступу пацієнтів до програми (під просторовим доступом розуміється, що пацієнт витрачає не більше 1 год. в день для того, щоб дійти до кабінету ЗПТ (в один бік)).

Інформацію було зібрано від 762 пацієнтів з шести регіонів України, а саме Вінницької, Дніпропетровської, Житомирської, Івано-Франківської, Кіровоградської та Миколаївської областей.

Із них 665 пацієнтів з міст обласного значення та 97 — із населенням до 100 тис. (Новоград-Волинський, Коростишів, Бердичів).

Результати:

- в середньому пацієнти витрачають 343 грн. в місяць на дорогу до кабінету ЗПТ незалежно від розміру міста; близько 19% пацієнтів у великих містах та 16% у маленьких не платять за проїзд та дістаються до кабінету пішки, іноді долаючи доволі значні відстані;
- в середньому пацієнти витрачають 1 год. 4 хв. на день для того щоб дістатися до кабінету ЗПТ (дорога в обидва боки) — для великих міст і 43 хв. — з населенням до 100 тис.;
- 17% пацієнтів у великих містах і 11% — з населенням до 100 тис. мають ускладнений територіальний доступ до ЗПТ (дорога в один бік займає більше години);
- середня сума, яка витрачається пацієнтами на місяць на дорогу до кабінету ЗПТ (при розрахунку середнього значення використовувалися лише дані осіб, які платять за проїзд).

Підсумовуючи результати двох типів оцінки, можна зазначити таке:

- Видача препарату пацієнтам для самостійного прийому є одним із ефективних методів зняття навантаження з ЛПЗ та економії ресурсів (економія близько 1,5 год. робочого часу в місяць на пацієнта), а також підходом, спрямованим на формування географічного доступу до програми.
- Кошти, які пацієнт витрачав на дорогу при щоденному відвідуванні ЛПЗ та які будуть вивільнені при переведенні його на самостійний прийом препаратів, можуть бути використані для часткової оплати послуг у випадку обмеженого фінансування програми (наприклад, в Івано-Франківській області пацієнти, які отримують препарати за рецептом, одностайно погодилися відшкодовувати ЛПЗ витрати на придбання рецептурних бланків).
- Приблизно 17% пацієнтів у великих містах та 11% — з населенням до 100 тис. через ускладнений територіальний доступ до ЗПТ можуть потенційно перервати лікування або мати численні пропуски програми. Для зазначеної категорії, враховуючи значні витрати на відкриття кабінетів ЗПТ у віддалених населених пунктах, оптимальною є організація видачі препарату для самостійного прийому.

Недоліки:

- Зростання вартості препарату у разі, якщо пацієнт закупає його за власні кошти у аптечній мережі (може бути зумовлено збільшенням закупівельної вартості препаратів, зростанням вартості послуг транспортування та підвищенням аптечної націнки).

Коментар: Відповідно до чинного законодавства (Постанова КМУ № 333 від 25.03.2009 р. «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробу медичного призначення») держава не встановлює і не регулює оптово-відпускні ціни та граничні закупівельні/торгівельні (роздрібні) надбавки на наркотичні, психотропні лікарські засоби та прекурсори. У результаті вартість препаратів ЗПТ в аптечній мережі суттєво відрізняється залежно від регіону,

міста та конкретного аптечного закладу, що в свою чергу впливає на доступність препарату для пацієнтів.

- Відсутність коштів на придбання тестів, проходження яких є обов'язковою умовою для отримання препаратів для самостійного прийому (крім створення стаціонару на дому, що створюється за показаннями стану здоров'я); отримання хибно негативних та хибно позитивних тестів.

Коментар: Відповідно до чинного законодавства, зокрема Наказу МОЗ України № 200, пацієнти мають щомісяця здавати тести на виявлення факту вживання нелегальних опіоїдів заради отримання препаратів ЗПТ для самостійного прийому. Проте лікар має право самостійно визначити вид тесту, включивши до нього інші ПАР.

Так, відповідно до оригінальної Клінічної настанови «National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence», яку взято за основу для написання Національного протоколу та настанови для отримання препарату для самостійного прийому, пацієнт має не вживати (підтвердивши це тестами сечі) не лише опіоїди, а й стимулятори, бензодіазепіни.

Таким чином, на основі міжнародних рекомендацій та досвіду практичних лікарів із різних регіонів країни, рекомендовано, щоб пацієнт для отримання препаратів ЗПТ для самостійного прийому проходив тестування на виявлення в сечі опіоїдів, стимуляторів (амфітамін, метамфітамін), барбітуратів, бензодіазепінів та алкоголю.

Потреба проходження зазначених тестів обумовлена потенційними серйозними наслідками для здоров'я та життя пацієнтів, які мають полізалежність та паралельно з метадоном вживають інші ПАР (так, наприклад, комбінація бензодіазепіну з іншими препаратами, які мають седативний ефект, наприклад метадоном, становить серйозний ризик для життя і здоров'я, призводячи до додаткового пригнічення ЦНС і посилюючи седативний ефект ліків).

- Низька мотивація для видачі за рецептом аптеками гуманітарного препарату (або препарату, закупленого на кошти місцевого чи державного бюджету). Для аптечної мережі безоплатна видача препарату створює додаткове навантаження.

Коментар: Завдяки чинному законодавству існує можливість видачі препаратів ЗПТ безпосередньо з лікувально-профілактичного закладу, не навантажуючи аптечну мережу. В свою чергу, продаж за рецептом препаратів ЗПТ в комерційному плані цікавить аптеки при забезпеченні попиту на товар.

Ризики та обмеження:

- Втрата можливості купувати препарат за власні кошти.

Коментар: При виникненні такої ситуації, наприклад при втраті пацієнтом роботи, можна запропонувати замісну підтримувальну терапію метадоном, вартість якого на порядок нижча за вартість бупренорфіну.

- Відсутність ліків в мережі аптекних закладів/затримка поставки препарату.

Приклад: У травні 2015 року у фармацевтичних закладах м. Вінниці, які здійснюють відпуск замісних препаратів за рецептами, які купують їх за власний кошт, були відсутні Бупрен ІС та Бупренорфіну гідрохлорид. Причиною затримки поставки, як повідомили провізори аптекних закладів, були «профілактична» зупинка виробництва заводу «Здоров'я народу» та відсутність препаратів бупренорфіну на складах ТОВ «Інтерхім» у зв'язку із закупівлею даних препаратів для програми ЗПТ за кошти ГФ МБФ «Альянс громадського здоров'я». Затримка

можлива також при несвоєчасному замовленні поставки аптечними закладами. У разі зникнення препаратів в конкретному аптечному закладі через внесення змін до Наказу МОЗ України № 360 від 19.07.2005 р., пацієнти не прив'язані до конкретного територіального пункту обслуговування рецепту та можуть його «отоварити» в будь-якому найближчому аптечному закладі.

- Збут препарату на нелегальному ринку.

Коментар: На даний час підтверджених даних щодо збуту препаратів для ЗПТ, які пацієнти купують за власний кошт, немає, однак за не підтвердженими даними (зі слів інших пацієнтів) такі випадки мають місце. В цілому база даних про видачу препарату на руки є дуже обмеженою, навіть на міжнародному рівні, більшість досліджень стосується прийому препаратів ЗПТ під контролем. Внаслідок відсутності достатніх даних невідомо чи матиме прийом препаратів ЗПТ самотійно такий самий ефект, як під контролем, що доведено численними дослідженнями. Зокрема, невідомо, чи матимуть пацієнти такі само високі показники утримання в програмі, невживання чи скорочення вживання інших ПАР, зниження ризику кримінальної поведінки та покращення якості життя, як при прийомі препаратів під медичним контролем. Як наслідок, для України, яка переважно має досвід видачі для самотійного прийому лише бупренорфіну, існує необхідність накопичення досвіду попередження зловживань та передозувань (особливо для метадону).

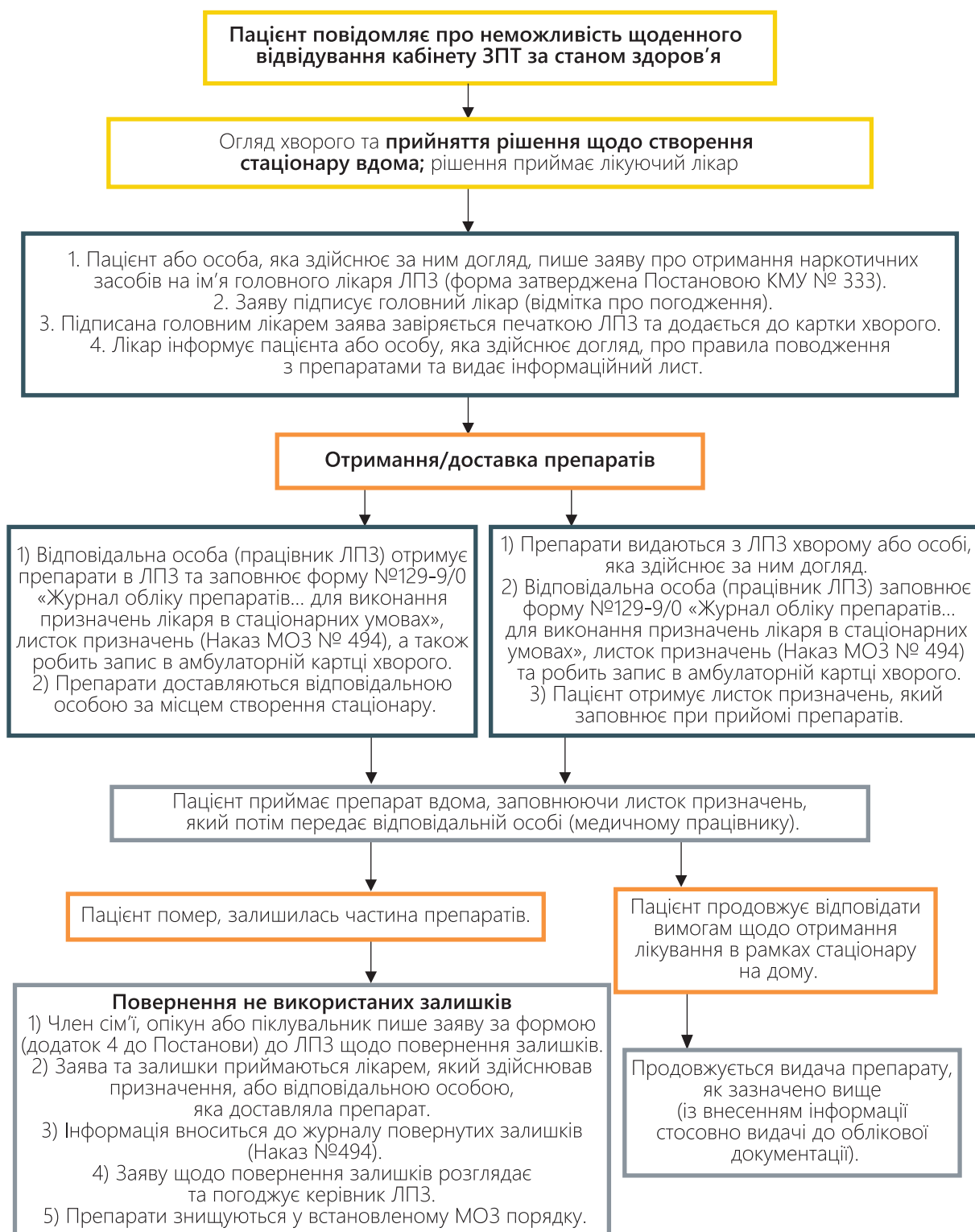
- Ризики, пов'язані з роботою заводу-виробника (наявність/відсутність сировини для виготовлення даних препаратів, тимчасова відсутність сертифікату тощо).

3.1.3 Розробка покрокового алгоритму впровадження моделі/підходу

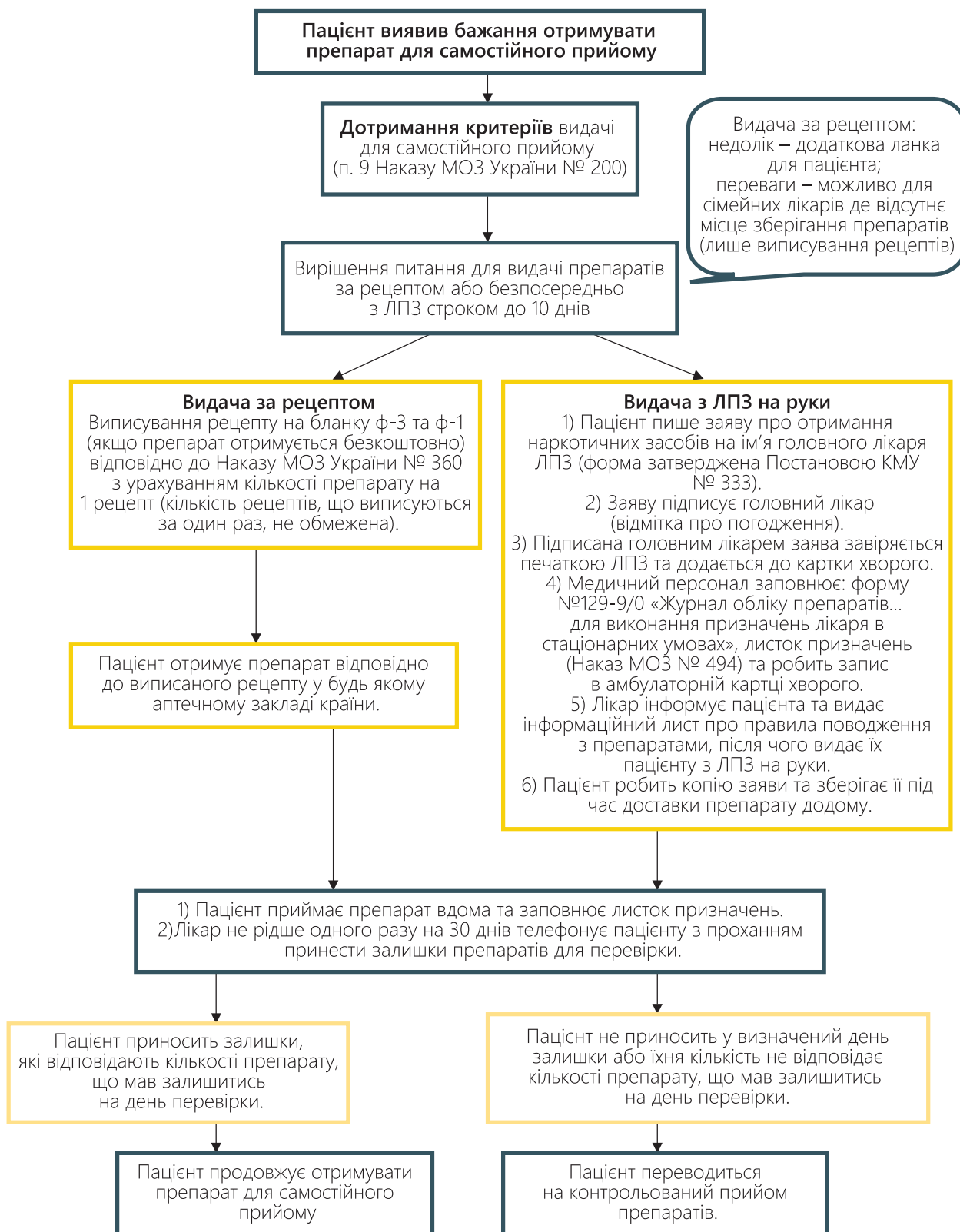
Організаційні заходи:

№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи	Необхідні ресурси(фінансові, кадрові тощо)
1	Підготовка до впровадження	1. Підготовка та погодження проекту наказу ДОЗ (рекомендовано погоджувати один наказ на всі форми видачі препаратів для самостійного прийому)	Директор ДОЗ Інспектор ДОЗ	Не потребує фінансових затрат Воля та бажання адміністрації
		2. Підготовка наказу по ЛПЗ	Головний лікар ЛПЗ	Не потребує фінансових затрат
		3. Для видачі препаратів за рецептом (безкоштовно та/або за кошти пацієнта) — підготовка договору з аптечним закладом	Директор ДОЗ Юрист ДОЗ	Не потребує фінансових затрат
		4. Навчання персоналу (за потреби)	Головний лікар ЛПЗ Лікарі ЛПЗ Медсестри ЛПЗ	Приміщення для проведення навчання
		5. Відбір пацієнтів за критеріями згідно Наказу МОЗ № 200 від 27.03.2012 р., або створення стаціонару на дому для пацієнтів, які за станом здоров'я не можуть щоденно відвідувати кабінет ЗПТ	Лікарі ЛПЗ Пацієнти ЗПТ	Не потребує фінансових затрат
2	Організація видачі препаратів в рамках стаціонару на дому, за рецептом або «на руки» з ЛПЗ	1. Організація видачі та обліку замісних наркотичних засобів, включаючи вирішення питання доставки препаратів ЗПТ на місце створення стаціонару на дому	Лікарі ЛПЗ Медсестри ЛПЗ Пацієнти ЗПТ	Зарплата лікарів, медичних сестер. Утримання кабінету лікаря
		2. Контроль за отриманням, зберіганням, видачею та обліком замісних наркотичних засобів, моніторинг та оцінка активності	Адміністрація ЛПЗ та особи, визначені наказом	Не потребує фінансових затрат

Видача препаратів для самостійного прийому пацієнтам, які за станом здоров'я не можуть щодня відвідувати ЛПЗ



Видача препаратів для самостійного прийому стабільним пацієнтам



3.1.4 Перелік документів, які необхідні для впровадження моделі/підходу

- наказ по ДОЗ та ЛПЗ;
- договір з аптекою на поставку наркотичних лікарських засобів;
- договір з аптечними закладами на поставку спеціальних рецептурних бланків (Форма 3).

3.1.5 Умови, необхідні для впровадження моделі/підходу (матеріально-технічна база)

Для видачі препаратів за рецептом:

- рецептурні бланки: відпуск рецептурних бланків Ф.3 здійснюється в аптечному закладі працівником, на якого покладена відповідальність згідно наказу.

Для видачі препаратів за рецептом або на руки з ЛПЗ:

- тести на визначення наркотичних речовин в сечі (мінімум 6 тестів як критерії для організації видачі препаратів для самостійного прийому).

Для видачі препаратів в рамках створення «стаціонару на дому»:

- транспортні витрати (паливо) у випадку доставки працівниками ЛПЗ препаратів до місця створення стаціонару на дому.

3.1.6 Аналіз чинників, які можуть суттєво вплинути на вартість, та шляхи оптимізації витрат

Враховуючи, що створення стаціонару на дому та безкоштовна видача препаратів пацієнтам для самостійного прийому не потребує залучення додаткових витрат, а, навпаки, розвантажує ЛПЗ, найбільш ризикованим в плані життєстійкості є видача препаратів для самостійного прийому за кошти пацієнта.

На вартість препаратів ЗПТ, що купуються пацієнтом в аптечній мережі, впливає:

- ціна заводу-виробника,
- розмір аптечної націнки (яка законодавчо, відповідно до Постанови КМУ № 333 від 25.03.2009 р., не обмежена)

Приклад Одеси: Враховуючи обмежений доступ до ЗПТ в Одеській області (охоплення диспансерної групи до 6%) та відсутність найближчих перспектив стосовно відкриття нових кабінетів ЗПТ, почала активно впроваджуватися рецептурна форма видачі препаратів за кошти пацієнта. Для створення прийнятної для пацієнтів ціни на препарат було проведено низку перемовин з ТДВ «Інтерхім» щодо отримання знижки на рівні 5% на придбання препаратів (за умови подальшого збільшення кількості пацієнтів — знижка буде збільшена до 7%). Станом на кінець жовтня 2016 р. в Одесі 42 пацієнти купують препарат за власні кошти.

Приклад Вінниці: Протягом двох років впровадження даної моделі ціна препарату для пацієнтів поступово зростала. Однак у липні 2016 р. один із аптечних

закладів, який здійснює відпуск замісних препаратів за кошти пацієнтів, знизив ціну на 10%. В результаті перемовин з працівниками фармацевтичного закладу з'ясувалося, що зниження аптечної ціни на препарат можливе у разі збільшення кількості постійних клієнтів, які будуть його купувати. Станом на кінець жовтня 2016 р. у Винниці 29 пацієнтів купують препарат за власні кошти.

3.1.7 Оцінка фінансової стабільності моделі/підходу

Зазначена модель/підхід є життєстійкою, оскільки пропонує підходи щодо скорочення фінансових витрат на обслуговування пацієнтів та можливості самостійної оплати ними послуг лікування (у частині закупівлі препаратів).

Життєстійкість розглядається у двох аспектах:

- створення можливості для пацієнтів самостійно купувати препарат у разі неможливості отримувати його безкоштовно, що в свою чергу гарантує пацієнту доступ до життєво необхідних ліків;
- переведення значної частини пацієнтів на самостійний прийом суттєво розвантажує ЛПЗ, сприяє економії ресурсів та створює умови для охоплення більшої кількості пацієнтів лікуванням.

Зокрема, з точки зору ефективного використання ресурсів необґрунтованим є штучне прив'язування стабільних пацієнтів до щоденного відвідування ЛПЗ, що тягне за собою витрати на їхнє обслуговування.

Запровадження системи реімбурсації (повернення) вартості лікарських засобів з використанням референтних цін може гарантувати стійкість моделі у випадку внесення препаратів ЗПТ до категорії таких, вартість яких відшкодовується.

3.1.8 Опрацювання різних варіантів впровадження моделі/підходу

На сьогоднішній день видача препарату для самостійного прийому відповідно до місця видачі та джерела фінансування його закупівлі виглядає наступним чином:

Фінансування препарату	Місце видачі:	
	Аптечний заклад	Лікувально-профілактичний заклад
	1) Гуманітарний препарат. 2) Препарат, закуплений за кошти державного/місцевого бюджетів. 3) Препарат купує пацієнт за власні кошти.	1) Гуманітарний препарат. 2) Препарат, закуплений за кошти державного/місцевого бюджетів.

Як можна побачити з таблиці, на сьогоднішній день не впорядковано питання видачі препаратів ЗПТ з ЛПЗ за кошти пацієнта.

У випадку, якщо препарат закупається за кошти донора, місцевого або державного бюджетів, його видача для самостійного прийому може відбуватися з аптечного або безпосередньо лікувального закладу (з точки зору економії ресурсів рекомендовано переведення всіх або більшості пацієнтів на видачу препарату безпосередньо з ЛПЗ).

У свою чергу, неопрацьованим залишається питання можливості для пацієнта протягом першого півріччя участі у програмі купувати препарат за власні кошти, але приймати його під наглядом в ЛПЗ,

як цього вимагає чинне законодавство, з подальшим переведенням на самостійний прийом (оплата через аптеку).

Зазначене питання виходить за межі опису моделі/підходу, проте може бути вирішене шляхом створення госпрозрахункового кабінету ЗПТ та оплата препарату пацієнтом через внесення коштів на спеціальний рахунок ЛПЗ, прийому наперед і на тривалий період, наприклад, на два місяці. У такому випадку необхідний контроль своєчасного внесення наступних коштів, аби не було розриву в прийманні замісних препаратів.

На сьогоднішній день, поряд з розвитком існуючих, перспективним є впровадження наступних варіантів надання послуг у рамках моделі/підходу:

- стосовно роботи у вихідні та святкові дні: враховуючи обмежені ресурси лікувальних закладів, особливо таких, що не мають стаціонарних відділень, видача препаратів ЗПТ для самостійного прийому всім пацієнтам (або їх більшості) у ці дні та/або встановлення «чергування» між ЛПЗ міста щодо обслуговування пацієнтів, які залишились на прийомі препарату під контролем;
- враховуючи, що не всі пацієнти можуть бути одразу готовими до переходу на самостійний прийом препаратів терміном до 10 днів, опрацювати різні варіанти самостійного прийому відносно графіка відвідування ЛПЗ. Наприклад, пацієнт може через день приходити до ЛПЗ, отримуючи на тиждень від 1 до 7 доз для самостійного прийому тощо;

3.1.9 Питання, які потребують окремого вивчення в рамках впровадження моделі/підходу. Пропозиції щодо внесення змін до чинної нормативної бази

Пропозиції змін до нормативної бази

№	Назва нормативного акту	Положення або пункт акту, що потребує зміни	Запропонована редакція	Обґрунтування необхідності зміни
1	- Наказ МОЗ України № 360 від 19.07.2005 р. «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення»	П. 1.22 Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення щодо видачі препаратів за рецептом. Чинна редакція дозволено для видачі метадону у рідкій формі, 1мг в 1 мл об'ємом 0,3 г	Розширити можливість видачі препарату у рідкій формі: 5мг в 1 мл об'ємом 0,2 г та у концентрації 1 мг в 1 мл об'ємом 1 г	Дозвіл на видачу для самостійного прийому рідких форм препарату <i>(разом зі змінами опрацювати питання щодо того, чи буде вважатись така видача фасуванням або розливом препаратів у ємності, на яке ЛПЗ не мають права)</i>
2	- Наказ МОЗ України № 359 від 27.05.2014 р. (впровадження рідкого метадону), Інструкція «Умови зберігання і використання електронних дозаторів»	П. 5 Інструкції: «Пацієнт приймає препарат, виданий у одноразовому стаканчику, під наглядом медичного працівника»	Прибрати «під наглядом медичного працівника», або додати варіант видачі препарату для самостійного прийому	

3.1.10 Рекомендації щодо впровадження моделі/підходу

1) На етапі впровадження слід **провести дослідження/аналіз стосовно:**

- частоти вживання пацієнтами, які переходять або планують переходити на самостійний прийом препаратів, інших ПАР;
- порушень прихильності до самостійного прийому препаратів на основі існуючого досвіду з точки зору витоку препаратів у нелегальний обіг, передозувань, відмов від контролю тощо;
- утримання на лікуванні пацієнтів, які приймають препарат самостійно, невживання чи скорочення вживання інших ПАР, зниження ризиків кримінальної поведінки та покращення якості життя порівняно з пацієнтами, які приймають препарат під контролем тощо.

2) Опрацювати та **розробити рекомендації стосовно підвищення прихильності до самостійного прийому препаратів та попередження ризиків**. Наприклад, з метою підвищення прихильності до лікування та попередження зловживань наркотичними лікарськими засобами, які видаються для самостійного прийому (до яких можна віднести і препарати ЗПТ) CDC, SAMHSA, WHO рекомендують наступні заходи:

- лікувальний план та лікувальний контракт (мета терапії, ризики та переваги від лікування опіоїдами, вимоги щодо отримання препаратів від одного лікаря, побічні ефекти, графік візитів, згода при потребі на здачу аналізів сечі та підрахунок залишків препарату, участь в програмах лікування залежності);
- візити (для підрахунку залишків препарату);
- уриноконтроль;
- контроль за отриманням препарату (один лікар, виписка препарату на обмежений термін);
- залучення близьких до формування прихильності, моніторингу успішності лікування;
- призначення препаратів, які в меншій мірі допускають зловживання (наприклад, рідкий метадон або бупренорфін у формі препарату-мазку, розведення доз метадону тощо).

Відповідно до Клінічної настанови National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence, розведення дози метадону, що видається на руки, зменшує вірогідність того, що хтось сторонній (наприклад, дитина) випадково проковтне всю дозу. Це також знижує ризик, що пацієнт спробує прийняти препарат ін'єкційним шляхом або передати його сторонній особі, оскільки розведений метадон має меншу вартість. Рекомендується розводити більшу за 25 мг дозу метадону у 100 мл рідини, а меншу за 25 мг — у 50 мл рідини (залежно від відповідних нормативів, якими може регулюватися об'єм рідини для розведення метадону).

Для формування прихильності до препаратів, виданих для самостійного прийому, варто розуміти причини порушення прихильності до лікування, до яких можна віднести:

- пошук ейфорії;
- зловживання призначеними препаратами або прийом додаткових препаратів (наприклад з седативним ефектом) для подолання тривоги, страху, депресії, стресу, проблем зі сном тощо;
- отримання препарату з метою продажу;
- неадекватні дози препаратів (занижені, завищені) та страх перед тим, що ліки закінчаться (завищення потреби, відкладання «на потім» тощо).

3) У випадку організації видачі платних препаратів на базі аптечного закладу рекомендовано **проведення перемовин з аптечним (фармацевтичним) закладом щодо зниження вартості препарату задля підвищення попиту, а також призначення за рецептом за кошти пацієнта більш дешевого препарату — метадону**.

- 4) Розробка різних підходів до реалізації моделі, зокрема, в контексті кількості доз, що видаються для самостійного прийому, видачі на вихідні та святкові дні.
- 5) Впровадження практики видачі рідкого метадону для самостійного прийому шляхом внесення змін до чинної нормативної бази (включаючи опрацювання питання щодо тари для видачі рідкої форми препарату та фасування відповідної його дози у флакони/баночки в аптечному закладі та/або ЛПЗ).
- 6) Проведення перемовин з виробниками тестів на визначення ПАР щодо можливості зниження ціни при закупівлі великої партії, компонування складових, що входять до тесту відповідно до потреб (замість закупівлі за високою ціною 10 компонентних тестів, компонування до складу одного тесту 5 складових).

3.2 Надання ЗПТ на базі ЛПЗ, які надають первинну медичну допомогу — центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та сімейних амбулаторій

3.2.1 Актуальність питання та передумови

Українська система охорони здоров'я знаходиться на етапі реформування. Одним із напрямів реформи є чітке розмежування функцій між лікувально-профілактичними закладами, що надають різні види медичної допомоги. На ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу, покладається великий комплекс заходів з виявлення, діагностики та профілактики захворювань, а також проведення медико-соціальної реабілітації. Особливо це стосується низки інфекційних захворювань (проведення щеплень, скринінг на ТБ, ВІЛ тощо).

У випадку, коли людина страждає на хронічне захворювання або розлади, сімейні лікарі залучаються до спостереження за перебігом хвороби та спільно з фахівцями, що надають вторинну медичну допомогу, забезпечують необхідне лікування. Обсяги втручання та компетенція сімейного лікаря у кожній конкретній нозологічній формі захворювання визначається затвердженими протоколами та настановами (значна частина яких у стані розробки).

Так, наприклад, у випадку захворювання на туберкульоз на ЛПЗ, що надає первинну медичну допомогу, покладається профілактика (проведення щеплень), виявлення (за клінічними проявами, скринінг мокротиння, флюорографія, реакція Манту), своєчасне направлення до ЛПЗ, що надають вторинну медичну допомогу (тубдиспансер) для діагностики та лікування, а також такий компонент лікування, як ДОТС.

Звертаючись до питання лікування осіб із синдромом залежності від опіоїдів, маємо констатувати, що на сьогоднішній день відсутні чіткі рекомендації та бачення стосовно розмежування функцій між ЛПЗ у частині лікування зазначеної категорії хворих.

Традиційно питаннями лікування залежностей в Україні займається наркологічна служба (вторинна та третинна медична допомога). В свою чергу, передача частини функцій щодо виявлення та лікування залежностей на ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу, буде сприяти більшій доступності лікування для населення, а також кращій інтеграції лікувальних програм залежностей з програмами профілактики та лікування коморбідної соматичної патології (ВІЛ, ТБ, гепатити тощо).

Беручи до уваги те, що ЗПТ не належить до категорії складних та високотехнологічних підходів і впроваджується у багатьох країнах світу саме на рівні сімейних лікарів та лікарів загальної практики, зазначена модель пропонується для ретельного вивчення на території України.

3.2.2 Опис поточного стану впровадження моделі/підходу в Україні

З самого початку впровадження сімейної медицини висловлювалися ідеї стосовно залучення можливостей ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу, до надання ЗПТ. Причиною цього були обмежені ресурси наркологічної служби у створенні нових пунктів видачі ЗПТ (так, близько половини осіб хворих на опіоїдну залежність, отримують лікування на базі наркологічних диспансерів та наркологічних лікарень, кількість яких в країні не перевищує 50), перевантаженість основних пунктів видачі ЗПТ, покращення географічної доступності та посилення інтегрованої допомоги.

Відповідно до даних офіційної статистики, на сьогоднішній день в Україні працює 11 кабінетів ЗПТ на базі закладів, що надають первинну медичну допомогу в п'яти регіонах країни (Волинська, Дніпропетровська, Миколаївська, Полтавська та Хмельницька області).

Процес розмежування функцій медичних закладів, що надають первинну та вторинну і третинну медичну допомогу в частині лікування хворих на опіоїдну залежність в регіонах проходить по-різному. Наприклад, у м. Горішні Плавні кабінет ЗПТ розпочинав свою роботу на базі станції швидкої допомоги і тільки пізніше, внаслідок реорганізації автоматично потрапив до структури новоствореного міського ЦПМСД. У Луцьку на базі ЦПМСД працюють кабінети інфекційних захворювань, на основі яких і створено пункти видачі ЗПТ.

Основною особливістю організації лікування хворих на опіоїдну залежність на рівні ЦПМСД є те, що Центри, які надають первинну медичну допомогу, здебільшого не маючи у своєму штаті наркологів, проводять лише лікування хворих із вже встановленим наркологічним діагнозом та підбраною дозою ЗПТ. По суті, до ЦПМСД переводяться стабільні пацієнти, які пройшли етап індукції та не мають ускладненої залежності, для щоденної видачі препаратів ЗПТ для прийому на базі лікувального закладу або самостійного прийому.

Відповідно до пункту 7 Порядку призначення ЗПТ, затвердженого Наказом МОЗ України № 200 від 27.03.2012 р.: «Рішення про початок ЗПТ, препарат для її здійснення та його дозу приймає лікар-нарколог на підставі діагнозу залежності від опіоїдів згідно з МКХ-10, відповідності критеріям для призначення ЗПТ», в свою чергу відповідно до п. 15 того ж Порядку проводити лікування має право лікар-нарколог або лікар будь-якої іншої спеціальності, який пройшов відповідний курс тематичного удосконалення.

Варто звернути увагу на те, що, відповідно до п. 17 зазначеного вище Положення, препарат може видаватись не лише лікарем, а й медичною сестрою, що з точки зору витрат є економічно більш раціональним.

Чітко визначених критеріїв, за якими здійснюється переведення пацієнтів з наркологічних закладів до ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу, не описано і документально не зафіксовано. Зазвичай керуються бажанням самого пацієнта, потребами робочого графіка (якщо пацієнт працює або планує працевлаштуватися), береться до уваги відсутність інших поведінкових розладів. Також у деяких закладах (ЦПМСД, м. Кривий Ріг) пацієнти переводяться на первинну ланку в разі організації стаціонару на дому.

Як було зазначено вище, будь-який лікар, який пройшов курс тематичного удосконалення, може проводити ЗПТ. Проте на сьогоднішній день відсутнє чітке розуміння самого поняття «тематичного удосконалення». Державні офіційні курси тематичного удосконалення (ТУ) проводяться лише на базі факультетів післядипломної освіти (ФПО), їх тривалість коливається від двох тижнів до одного місяця. Двотижневі курси із ЗПТ наразі проводяться у Харкові та Києві на базі ФПО для наркологів. Для участі в курсах головні лікарі ЦПМСД повинні визначити потребу, сформулювати заявку та надіслати її до навчального закладу з метою узгодження термінів навчання. На період навчання ЛПЗ повинен компенсувати витрати на проїзд, проживання (гуртожиток) та оплату ставки лікаря. Також може бути використано варіант виїзних курсів навчання та дистанційних курсів, як і в цілому на основі онлайн-навчання, так і гібридної форми, з короткою очною частиною на базі навчальних закладів.

Тим не менш, навіть за відсутності відповідної підготовки сімейного лікаря, існує можливість здійснювати ЗПТ на базі ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу. Мова йде про модель, при якій ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу, є виконавцем призначень і проводять поточний моніторинг стану пацієнта. За такою схемою лікарі ПМСД надають послуги з лікування туберкульозу на своїй базі за ДОТС стратегією, виписують рецепти за консультативним висновком вузьких фахівців у випадку хронічних захворювань.

Враховуючи чинну нормативну базу, **алгоритм надання ЗПТ на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги на сьогоднішній день виглядає наступним чином:**

- діагностика залежності, індукція і стабілізація на певній дозі здійснюються у кабінеті ЗПТ наркологічної служби або (крім встановлення діагнозу) на базі іншого ЛПЗ. За наявності встановленого діагнозу в наркологічному закладі індукція і стабілізація проводяться на базі будь-якого кабінету ЗПТ, де є лікар, який пройшов курс тематичного удосконалення, включаючи ЦПМСД;
- пацієнт переводиться до ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу, з висновком нарколога про наркологічний діагноз, клінічний стан пацієнта, необхідність призначення ЗПТ та зазначенням дози препарату;
- в ПМСД сімейний лікар веде амбулаторну карту, необхідні форми медичної документації і контролює стан хворого (частота контролю відбувається на розсуд лікаря);
- медична сестра здійснює видачу препарату, контролює його прийом, спостерігає за соматичним станом хворого та повідомляє про зміни лікарю, веде відповідну медичну документацію (до функціональних обов'язків медичної сестри входить попереднє отримання препаратів ЗПТ з централізованої кімнати, облік, зберігання як на час видачі, так і, за необхідності, на наступні 7 діб, що дозволено чинним законодавством, якщо приміщення відповідає вимогам).
- сімейний лікар з певною періодичністю (частота досі не встановлена жодним нормативним актом і має бути описана в протоколі з лікування опіоїдної залежності) оглядає хворого, а також, у разі потреби (зміна соматичного або психічного стану, поведінкові проблеми тощо), робить запис в амбулаторній картці;
- за потреби — відповідно до п.п. 4 п. 18 Порядку — лікуючий лікар (включаючи лікаря ПМД) коригує дозу препарату пацієнту;
- у випадках, коли одним коригуванням дози неможливо вирішити проблеми додаткового вживання алкоголю та інших ПАР і наркотичних речовин, пацієнта переводять/переадресовують до наркологічного закладу вторинного або третинного рівня для корекції лікування, необхідних додаткових втручань та стабілізації стану.

Коментар: *Визначення оптимальної частоти огляду хворого лікарем ПМД є важливим питанням з точки зору розрахунку вартості послуги та з урахуванням економічної доцільності. Наприклад, якщо пацієнт приймає препарат самостійно в амбулаторних умовах, то він приходить раз у 10 днів до ЛПЗ для отримання рецепту або препарату «на руки», що здійснює лікар. Проте для пацієнтів, які знаходяться на щоденному контрольованому прийомі, не визначено, з якою частотою вони мають оглядатися лікарем і чи має взагалі бути встановлена регулярність оглядів, якщо відсутні скарги, або без подання потреби додаткового огляду медичною сестрою.*

Відкритим залишається також питання щодо необхідності та у разі прийняття позитивного рішення — частоти оглядів пацієнта лікарем-наркологом у ситуації, коли лікування приймається на базі ЦПМСД.

Видача препарату може проводитись:

- у звичайному кабінеті (якщо препарат видається, але не зберігається, а медсестра отримує його кожного дня в обсязі, що не перевищує потребу на один день);

- у спеціально облаштованому, відповідно до п. 2.1.4 Наказу Міністерства внутрішніх справ України № 216 від 15.05.2009 р., приміщенні, де здійснюється зберігання семиденної або місячної потреби препаратів. Кабінет, у якому відбувається видача препаратів ЗПТ, визначається керівником ЛПЗ. Зазвичай у ЦПМСД вже є такі обладнані кімнати, де зберігаються наркотичні препарати для потреб паліативної допомоги (промедол, морфін тощо). Вони й використовуються для зберігання препаратів ЗПТ.

У Луцьку видача препаратів ЗПТ здійснюється на базі кабінетів лікарів-інфекціоністів, в інших ЛПЗ — на базі кабінетів сімейних лікарів або процедурних. Після видачі препаратів кабінети використовуються за своїм основним призначенням.

У вихідні та святкові дні видача препарату здійснюється або черговим персоналом закладу, або персоналом мобільних бригад паліативної допомоги, які надають наркотичні (опіоїдні) анальгетики паліативним хворим. Останнім часом все більше закладів ПМД переходить на рецептурну (або безпосередньо з ЛПЗ) видачу наркотичних знеболювальних препаратів, що зменшує навантаження на ці бригади у вихідні дні, заощаджує фонд заробітної плати й витрати на транспорт. Проте станом на 31.10.2016 року, незважаючи на досвід роботи з наркотичними анальгетиками та їх видачу для самостійного прийому, жоден з центрів не видає пацієнтам препарати ЗПТ для самостійного прийому в амбулаторних умовах.

3.2.3 Опис та аналіз переваг і можливостей, недоліків моделі/підходу

Переваги та можливості існуючої моделі/підходу

Аналіз надання ЗПТ на базі ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу, здійснив у своїй дисертації С.В. Дворяк «Інтегрована медико-соціальна допомога хворим з залежністю від опіоїдів»⁵¹. Це дослідження сфокусоване на інтегрованій допомозі наркозалежним у медичних закладах різного рівня, у тому числі в ЦПМСД. Автор зазначає, що модель інтегрованої допомоги на базі ЦПМСД відрізняється підвищеною кількістю медичних послуг (26,3 балів за комплексною оцінкою проти 13,8 балів у наркологічних закладах/ диспансерах), більшою географічною доступністю лікування. Також показники стигматизації пацієнтів ЦПМСД значно зменшуються після переходу на лікування з наркологічної установи (за методикою Лінка з 17,3 до 11,7 балів; $p = 0,0438$).

Таким чином, **до переваг** моделі ЗПТ на базі ЦПМСД можна віднести:

- покращення географічної доступності (за умови розширення на базі центрів ЦПМСД);
- зменшення навантаження на ЛПЗ, що надають вторинну та третинну медичну допомогу (наркологічні заклади, СНІД-центри, ПТБ-диспансери);
- краща інтеграція з іншими медичними послугами, у тому числі пов'язаними з ВІЛ, ТБ, паліативною допомогою, загальною діагностикою та лікуванням у профільних спеціалістів (хірург, гінеколог тощо);
- зменшення інституційної стигми (лікування наркотичної залежності здійснюється в загальному медичному закладі);
- наявність ліцензії на використання наркотичних речовин і, в результаті, відсутність потреби додаткових витрат, пов'язаних з облаштуванням нових кабінетів ЗПТ;
- невелика кількість пацієнтів в одному місці.

⁵¹ Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. — Харків 2016.

Додаткові послуги з лікування супутніх патологій, які може отримувати пацієнт на базі ЦПМСД відповідно до нозологій: ВІЛ, ТБ, вірусні гепатити, психічне здоров'я:

	ВІЛ
Профілактика	Інформування населення з питань профілактики, виявлення та лікування ТБ і ВІЛ-інфекції
Діагностика та лабораторні дослідження	Первинне обстеження на ВІЛ-інфекцію (підтвердження — кабінет «Довіра», СНІД-центри)
Лікування	<ul style="list-style-type: none"> • супровід пацієнтів із позитивним результатом на ВІЛ-інфекцію, до кабінету «Довіра» чи центру СНІДу; • супровід пацієнтів, які приймають АРТ за призначенням лікаря; • 100% забезпечення АРТ всіх ВІЛ-інфікованих пацієнтів ЗПТ; • лікування опортуністичних інфекцій після призначення лікаря; • профілактики ко-тримоксазолом, протигрибковими препаратами, азитроміцином опортуністичних інфекцій після призначення лікаря; • організація госпіталізації хворих на ТБ/ВІЛ; • визначення факторів ризикованої поведінки, скарг або ознак захворювань, при яких пропонуються послуги з добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію.
Нормативний акт, що регулює надання послуг	Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків (затверджений Наказом МОЗ України № 551 від 12.07.2010 р., зі змінами № 887 від 22.12.2015 р.)

	ТБ
Профілактика	<ul style="list-style-type: none"> • виявлення осіб, які мають симптоми, що потребують обстеження на ТБ (продуктивний кашель із виділенням мокротиння, що триває понад два тижні, втрата маси тіла, підвищення температури, підвищене потовиділення вночі, кровохаркання, біль в грудній клітині); • організація доставки хворих з позитивним мазком мокротиння за показаннями в спеціалізований протитуберкульозний заклад на період дообстеження; • формування та щорічний перегляд груп ризику щодо захворювання на ТБ та направлення їх на скринінгові променеві обстеження; • надання інформації населенню щодо раннього виявлення, профілактики та симптомів ТБ, особливо групам ризику.
Діагностика та лабораторні дослідження	<ul style="list-style-type: none"> • цілеспрямований збір анамнезу (відомості про наявність хворого на ТБ в оточенні або хворих на ТБ тварин, наявність в оточенні осіб, що кашляють, осіб із хронічними бронхолегеневими захворюваннями; випадків смерті від легеневого захворювання; людей літнього віку із залишковими посттуберкульозними змінами; осіб, звільнених із місць позбавлення волі; осіб, які страждають на алкоголізм, наркоманію); • проведення скринінгового анкетування на ТБ; • фізикальне обстеження: огляд, перкусія, пальпація, аускультация; • направлення на рентгенологічне/флюорографічне обстеження органів грудної порожнини; • збір і транспортування мокротиння в лабораторію для мікробіологічного дослідження, молекулярно-генетичної діагностики; • направлення хворого на другий рівень медичної допомоги для дообстеження.

Лікування	<ul style="list-style-type: none"> • організація контролю за прийомом ПТП, опитування щодо виникнення побічних реакцій; • розшук пацієнта, який пропускає лікування протягом 2-3 днів; • огляд дільничним фтизіатром для моніторингу та корекції лікування; • сприяння організації необхідної соціальної підтримки хворих на ТБ з метою поліпшення дотримання режиму лікування; • сприяння у проведенні превентивного лікування (хіміопрофілактики) за призначенням дільничного фтизіатра.
Нормативний акт, що регулює надання послуг	<p>1) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз» (затверджений Наказом МОЗ України № 620 від 04.09.2014 р.;</p> <p>2) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)» (затверджений Наказом МОЗ України № 1039 від 31.12.2014 р.).</p>

	Гепатит В та С
Профілактика	<ul style="list-style-type: none"> • роз'яснювальна робота щодо профілактики захворювання на вірусні гепатити; • рекомендація щеплення проти вірусних гепатитів А та В.
Діагностика та лабораторні дослідження	<ul style="list-style-type: none"> • пацієнтам, які мають скарги на загальну втомлюваність, зниження працездатності, – проведення анкетування та направлення на діагностику; • переадресація до лікаря-інфекціоніста; • обстеження немовлят, народжених від ВГС- та/чи ВІЛ-позитивних матерів, та участь у клінічному веденні дітей, інфікованих вірусом гепатиту С.
Лікування	<ul style="list-style-type: none"> • сприяння виконанню пацієнтом усіх рекомендацій інфекціоніста, надання рекомендацій щодо покращення загального самопочуття; • корекція побічних реакцій впродовж противірусного лікування; • проведення моніторингу психічного статусу пацієнта під час лікування.
Нормативний акт, що регулює надання послуг	<p>1) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Вірусний гепатит С у дорослих» (затверджений Наказом МОЗ України № 729 від 18.07.2016 р.);</p> <p>2) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих» (затверджений Наказом МОЗ України № 613 від 21.06.2016 р.).</p>

	Психічне здоров'я
Профілактика	<ul style="list-style-type: none"> • надання рекомендації щодо здорового способу життя, загальних засад самопомоги та самостійної корекції впливу соціальних і психологічних чинників, які можуть зумовити розвиток депресії; • психоосвітня робота щодо реагування психіки на важкі психотравмуючі події; • надання особам, що зазнали впливу травматичних подій, емоційної підтримки, інформації щодо механізмів впливу стресу на організм та заходів щодо подолання цього впливу; • інформація щодо доступних соціальних послуг та куди необхідно звернутись у разі виникнення психічних розладів та психологічних проблем.

Діагностика та лабораторні дослідження	<ul style="list-style-type: none"> • проведення оцінки наявності депресивних розладів у осіб групи ризику; • виявлення пацієнтів, які потребують обов'язкової консультації лікаря-психіатра, та направлення до відповідного ЗОЗ; • у випадку, якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих, — термінове направлення у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу; • опитування щодо того, чи зазнала людина будь-яких травматичних подій нещодавно або в минулому, проведення опитування.
Лікування	<ul style="list-style-type: none"> • призначення антидепресантів; • призначення фармакотерапії ПТСР за показаннями; • моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.
Нормативний акт, що регулює надання послуг	<p>1) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія» (затверджений Наказом МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 р.);</p> <p>2) Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» (затверджений Наказом МОЗ України № 121 від 23.02.2016 р.).</p>

Недоліки

- ✗ відсутність функцій у лікарів ПМД щодо встановлення наркологічних діагнозів залежності (їх встановлюють тільки на спеціалізованих комісіях після обстеження в наркологічному стаціонарі) і здійснення призначень препаратів ЗПТ, що обмежує залучення нових пацієнтів;
- ✗ обмежений доступ лікарів ПМД до спеціального навчання з питань ЗПТ, у результаті — неможливість ведення пацієнтів, здійснювати зміни дозування тощо;
- ✗ труднощі з веденням пацієнтів з поєднаним вживанням наркотичних та інших психоактивних речовин та алкогольними проблемами;
- ✗ ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу (амбулаторії, поліклініки) не працюють у неділю та святкові дні, що ускладнює отримання препаратів ЗПТ;
- ✗ упереджене ставлення та стигматизація наркологічних пацієнтів з боку персоналу ЦПМСД та загального населення, яке відвідує зазначені ЛПЗ, що збільшує ризики негативного ставлення до організації ЗПТ на первинному рівні медичної допомоги.

Коментар (на основі досвіду експерта з м. Кривий Ріг): З метою попередження упередженого ставлення до пацієнтів ЗПТ рекомендовано створювати невеликі кабінети ЗПТ (15–20 осіб), оскільки незначна кількість пацієнтів та швидке обслуговування, зменшують ці ризики. Враховуючи велику кількість амбулаторій, загальна кількість пацієнтів може бути суттєвою. Так, у Кривому Розі нараховується сім ЦПМСД, якщо хоча б кожний з цих центрів прийняв на лікування по 20 пацієнтів ЗПТ, то загальна кількість становила б 140 пацієнтів, а це майже половина від наявної кількості у місті.

3.2.4 Нормативно-правова база впровадження/розширення моделі/підходу

Нормативна база, що регулює розвиток програм ЗПТ України, стосується всіх лікувально-профілактичних закладів незалежно від форми власності та профілю закладу. Будь-які окремі акти щодо впровадження та регулювання ЗПТ на рівні ПМД відсутні.

Відповідно до п. 15 Порядку призначення ЗПТ, що затверджений Наказом МОЗ України № 200 від 27.03.2012 р., проводити лікування має право лікар-нарколог або лікар будь-якої іншої спеціальності, який пройшов відповідний курс тематичного удосконалення.

Єдиним нормативним обмеженням, що гальмує розвиток ЗПТ на рівні ПМД, є відсутність Протоколу щодо лікування опіоїдної залежності, в якому, зокрема, було б чітко визначено роль ЦПМСД у наданні послуг особам, хворим на опіоїдну залежність. Зазначене питання зараз активно обговорюється та вирішується в рамках написання Національної Настанови та Протоколу щодо лікування осіб хворих на опіоїдну залежність, що відбувається в рамках виконання Наказу МОЗ України № 438 від 17.07.2015 р. «Про затвердження складу мультидисциплінарних робочих груп з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини у 2015–2016 роках».

3.2.5 Розробка покрокового алгоритму щодо впровадження моделі

№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи	Необхідні ресурси (фінансові, кадрові тощо)
1.	Розробка локального протоколу (можлива лише після затвердження Національної Настанови та Протоколу)	1. Підготовка проекту локального протоколу. 2. Затвердження локального протоколу ДОО. 3. Донесення до відома	1. Головний лікар ЛПЗ. 2. Головний позаштатний нарколог ДОО. 3. Начальник департаменту ДОО	Методичний супровід
2.	Внесення змін до Наказу ДОО щодо розподілу препаратів ЗПТ на ЦПМСД	1. Підготовка проекту наказу. 2. Подання проекту наказу на підпис ДОО	1. Головний лікар ЛПЗ. 2. Головний позаштатний нарколог ДОО. 3. Начальник департаменту ДОО	Відсутні
3.	Навчання лікарів ЦПМСД на ТУ з надання ЗПТ	1. Визначити заклади післядипломної освіти, які мають ТУ з МЛ. 2. Визначити кількість лікарів, яким треба пройти ТУ. 3. Погодити плани навчання	1. Головний лікар ЛПЗ. 2. Головний позаштатний нарколог ДОО. 3. Начальник департаменту ДОО.	Кошти на навчання спеціалістів (курси ТУ для лікарів комунальних закладів безкоштовні, проте ЛПЗ оплачує добо-ві та проживання під час проходження ТУ)
4.	Видача наказу по закладу про порядок надання ЗПТ	1. Підготовка приміщення. 2. Видання наказу по ЛПЗ	1. Головний лікар ЛПЗ	Кошти на облаштування приміщення – якщо таке відсутнє

Умови, необхідні для впровадження моделі/підходу:

- Матеріально-технічна база — спеціально облаштоване, відповідно до вимог п. 2.1.4 Наказу Міністерства внутрішніх справ України № 216 від 15.05.2009 р., приміщення, де здійснюється зберігання семиденної або місячної потреби препаратів.

Коментар: Практично усі ЦПМСД мають необхідну базу для впровадження ЗПТ, а також ліцензії та дозволи для використання наркотичних препаратів, а отже, додаткові витрати можуть бути відсутні або є мінімальними. Єдиним суттєвим обмеженням є необхідність організації роботи у вихідні та святкові дні для видачі препаратів ЗПТ.

- кадрове забезпечення

Коментар: Штат ЦПМСД укомплектовано лікарями та медичними сестрами. У випадку якщо на рівні первинної ланки видається лише препарат — необхідне залучення лише медичної сестри; якщо проводиться лікування, включаючи нагляд за пацієнтом та коригування доз, — необхідна організація залучення лікаря-нарколога або проходження лікарем ЦПМСД курсів тематичного удосконалення з питань ЗПТ.

Одним із шляхів оптимізації витрат є організація видачі препаратів в маніпуляційному кабінеті медичною сестрою. Так, одна медсестра протягом години обслуговує 15-20 пацієнтів, що складає приблизно 1/6 місячного обсягу її робочих годин і, відповідно, 1/6 ставки (розрахунки експерта, м. Кривий Ріг).

3.2.6 Аналіз чинників, що можуть суттєво впливати на вартість послуг, шляхи оптимізації витрат

На вартість послуг може суттєво вплинути:

- поширення досвіду видачі препаратів ЗПТ безпосередньо з ЛПЗ для самостійного прийому або за рецептом;
- організація видачі препаратів ЗПТ у будь-якому кабінеті замість облаштування окремого приміщення;
- оптимізація роботи лікаря, зокрема проведення консультацій лише за потребою (за зверненням пацієнта, за поданням медичної сестри тощо).

3.2.7 Оцінка фінансової стабільності моделі/підходу

Підхід є фінансово стабільним за умови державного фінансування і наявності препаратів для ЗПТ. Впровадження ЗПТ на базі ЦПМСД не потребує особливих витрат та має оцінюватись як лікування будь-якої хронічної хвороби, а отже, може бути включено у практику сімейного лікаря.

3.2.8 Опрацювання різних варіантів впровадження моделі/підходу (залежно від пакету послуг, форми їх надання, ресурсів, що витрачаються тощо)

ЛПЗ, що надають первинну медичну допомогу, повинні бути задіяні вже на етапі первинного скринінгу осіб, які вживають наркотики. Сімейний лікар може отримати інформацію щодо вживання/зловживання ПАР безпосередньо від пацієнта або членів його родини. Також можуть привернути увагу деякі

ознаки ін'єкційного вживання наркотиків, які виявляються при огляді — старі та свіжі сліди внутрішньовенних ін'єкцій, флебіти, ознаки інтоксикації або синдрому відміни.

Постійні звернення за рецептами на снодійні, інші психотропні препарати або знеболювальні також можуть непрямо свідчити про наявність проблем, що, можливо пов'язані із залежністю. Головне на цьому етапі — зберегти довірливі стосунки з пацієнтом, надати йому усю необхідну інформацію стосовно допомоги, яка є доступною, та профілактичних програм зменшення шкоди, що працюють в регіоні.

Якщо пацієнт виявляє бажання — сімейний лікар виписує направлення до ЛПЗ вторинного/третинного виду надання медичної допомоги, до лікаря-нарколога, який підтверджує або встановлює діагноз і за необхідності призначає ЗПТ. Подальша індукція і фаза стабілізації може проводитись як на рівні ЦПМСД (у випадку створення кабінету ЗПТ та відповідного навчання сімейного лікаря), так і на базі наркологічного закладу. Після досягнення стабілізації стану пацієнта він може бути переведений на первинну ланку для продовження ЗПТ. На цей час критерії переведення офіційно не визначені, але повинні враховувати існуючу специфіку роботи амбулаторій сімейної медицини та їх обмеження.

Тому вважається за доцільне включити до цих критеріїв стабілізацію на відповідній дозі, відсутність проблем із зловживанням іншими наркотичними та психоактивними речовинами та супутніх психічних і поведінкових розладів.

Різні варіанти впровадження моделі можна умовно поділити відповідно до наступних характеристик:

- 1) загальної концепції щодо залучення ЦПМСД до надання послуг ЗПТ (створення кабінетів ЗПТ або «прикріплення» пацієнтів до лікаря, який їх обслуговує);
- 2) залежно від функцій, які виконуватиме лікар по введенню пацієнта;
- 3) місця видачі препаратів на базі конкретного ЛПЗ.

Модель/підхід залежно від ролі ЦПМСД у лікуванні хворих

1 варіант – пацієнти «прив'язані» до лікаря

Ідеологія моделі: психічні та поведінкові розлади в результаті вживання опіоїдів є таким самим хронічним захворюванням як, наприклад, гіпертонія. Враховуючи те, що ЗПТ не належить до категорії складних медичних технологій та маніпуляцій, будь-який сімейний лікар лікує такого пацієнта, якщо він обслуговується у нього. Тобто, якщо серед пацієнтів, яких обслуговує лікар, є особи з показаннями до ЗПТ – він їх лікує (окрім «складних» випадків, які потребують переведення пацієнта до спеціалізованих ЛПЗ).

Переваги: сприяння інституціалізації ЗПТ як стандартної медичної процедури; розподіл навантаження між лікарями; кращий доступ до інтегрованих послуг; більша територіальна наближеність до пацієнта.

Недоліки/обмеження: необхідність облаштування приміщення для зберігання препаратів на базі кожного ЦПМСД/амбулаторії; можливі ускладнення, пов'язані з менеджментом препарату (на національному рівні важче адмініструвати велику кількість точок обслуговування пацієнтів, організувати логістику та зібрати інформацію про потребу в препаратах для їх централізованої закупівлі та розподілу).

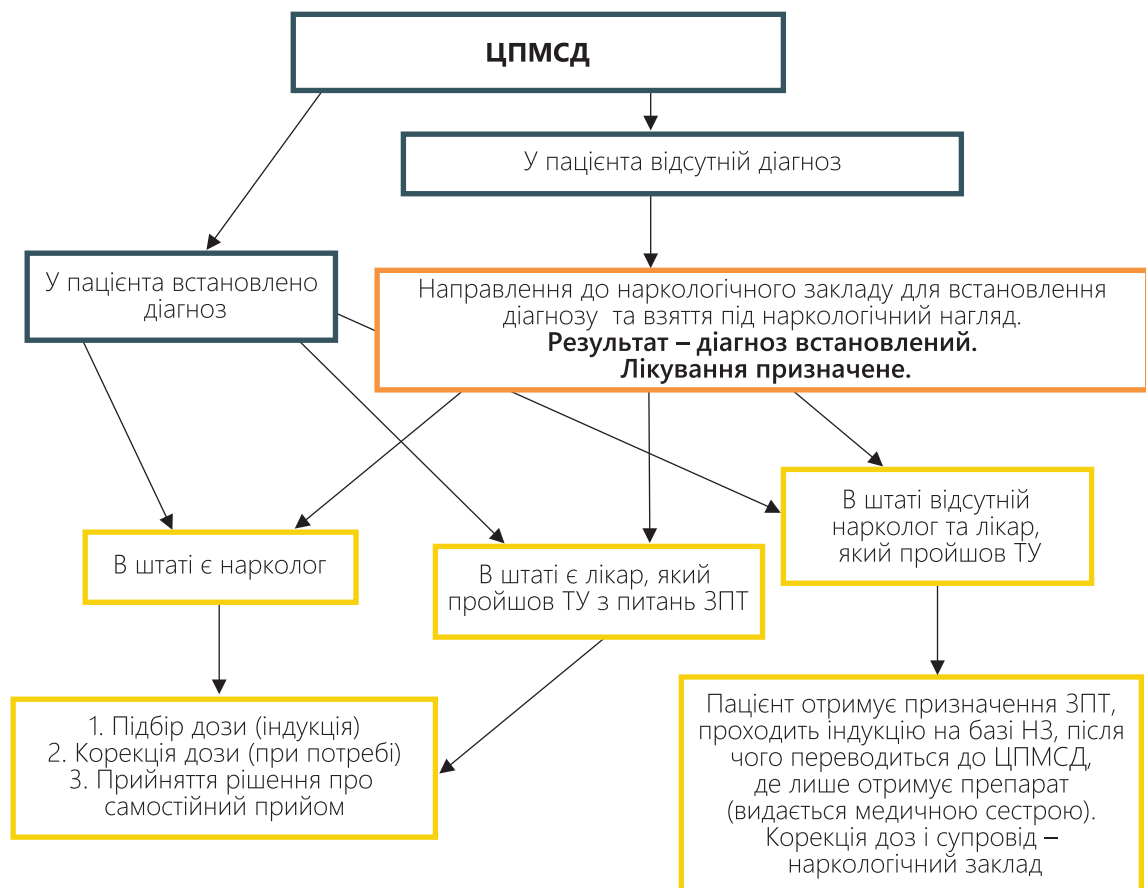
2 варіант – пацієнти «прив'язані» до конкретного ЦПМСД/сімейної амбулаторії

Ідеологія моделі: кабінети ЗПТ відкриваються на базі ЦПМСД/сімейних амбулаторій, які розташовані в найбільш зручному для пацієнтів місці, з урахуванням розташування вже існуючих кабінетів ЗПТ.

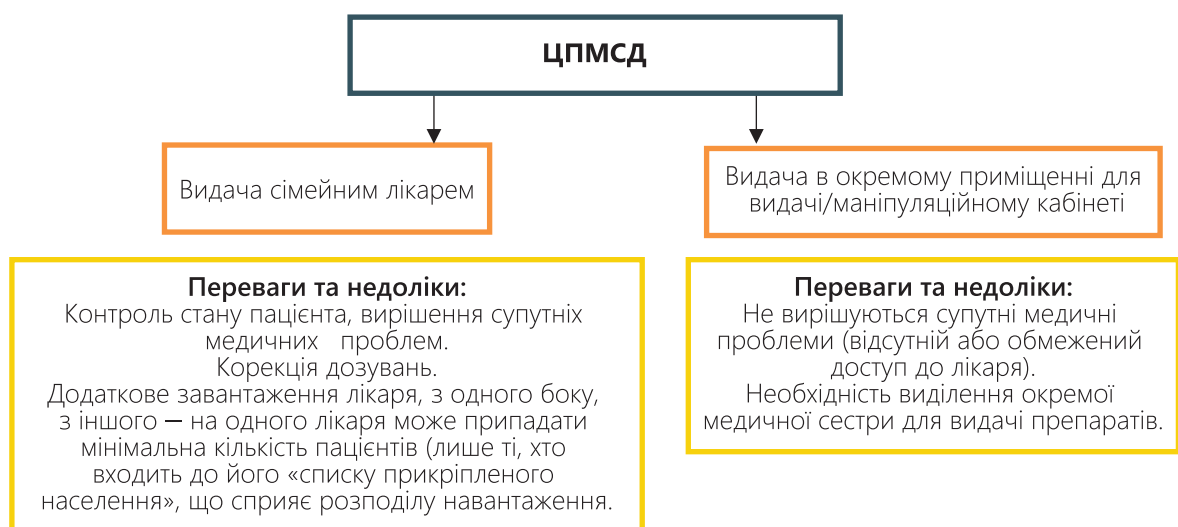
Переваги: за наявності політичної волі на рівні області/міста та конкретного ЛПЗ – легше організувати лікування та контроль його якості.

Недоліки/обмеження: можливе значне навантаження на один заклад, що потребує виділення для обслуговування пацієнтів додаткового штату або перерозподілу обов'язків для вивільнення часу у вже існуючих працівників; якщо відкриватиметься кабінет ЗПТ на базі одного-двох ЦПМСД, то це покращуватиме територіальний доступ лише для пацієнтів, які живуть поблизу.

Модель/підхід організації лікування на рівні первинної медичної допомоги залежно від функцій, які виконуватиме лікар по введенню пацієнта



Модель/підхід відповідно до місця видачі препаратів



3.2.9 Рекомендації та питання, що потребують окремого вивчення/опрацювання

- 1) Чітке визначення в протоколі з лікування опіоїдної залежності функцій лікарів з надання первинної медичної допомоги щодо діагностики, лікування та супроводу осіб із синдромом залежності від опіоїдів в контексті їх залучення до ЗПТ.
- 2) Опрацювати питання щодо критеріїв, за якими пацієнти мають переводитись до закладів з надання первинної медичної допомоги, або зворотно до наркологічних закладів. Наприклад:
 - до закладів з надання первинної медичної допомоги можуть переводитись пацієнти, які не мають серйозних супутніх патологій (за переліком), проживають поблизу або, навпаки, мають такі супутні патології, нагляд та лікування яких може бути краще забезпечено саме на рівні ЦПМСД (наприклад, мають гіпертонію, тромбофлебіт тощо);
 - до наркологічних закладів переводяться пацієнти, які продовжують вживати наркотичні засоби та психотропні речовини, в тому числі алкоголь, і лікар не в змозі змінити поведінку пацієнта, коригуючи дози препаратів ЗПТ.
- 3) Розробити чіткі нормативи щодо частоти огляду стабільних пацієнтів ЗПТ, в тому числі проведення лабораторних аналізів, тестування на наркотичні засоби, які отримують лікування у закладах первинної медичної допомоги лікарем-наркологом (чи потрібні загальнообов'язкові щомісячні огляди, чи достатньо оглядів за зверненням та поданням медичної сестри, яка здійснює щоденну видачу препаратів).
- 4) Опрацювати питання спрощення вимог до облаштування приміщень (внесення змін до Наказу МВС № 216) для зберігання семиденної потреби препаратів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (у відділеннях, на постах та в кабінетах лікувально-профілактичних закладів) та надати роз'яснення щодо можливості зберігання одnodенної потреби в препаратах в кабінеті сімейного лікаря без спеціального облаштування приміщення.
- 5) Внести зміни до пункту 15 Порядку призначення ЗПТ, що затверджений Наказом МОЗ України № 200 від 27.03.2012 р. у частині дозволу проведення ЗПТ лікарю будь-якої спеціальності, який пройшов навчання (без зазначення, що це обов'язково мають бути курси ТУ).

3.3 Впровадження ЗПТ на базі госпрозрахункового кабінету

3.3.1 Опис моделі/підходу (на основі існуючого досвіду)

Поняття госпрозрахункового кабінету на базі медичного закладу не нове для України. Державні медичні заклади широко використовують його у своїй практиці. Але госпрозрахункові кабінети/відділення для реалізації програми ЗПТ тільки починають відкриватися.

Ключовою перевагою даної моделі є регуляція такої форм роботи у законодавчій базі, що дозволяє запровадити її на базі будь-якого медичного закладу (поліклініка, районна лікарня тощо), а не лише на базі наркологічного диспансеру.

Звичайно, створення госпрозрахункового кабінету замісної підтримувальної терапії на базі наркологічного диспансеру є простішим, ніж створення його на базі неспеціалізованої медичної установи, адже в наркологічному диспансері є все або майже все необхідне для його роботи (людські, адміністративні, технічні ресурси). Хоча варто зазначити, що і на базі первинної ланки (у більшості випадків) таких ресурсів достатньо: спеціально оснащена кімната, сейф для зберігання наркотичних речовин. Єдиною проблемою, яка може виникнути, це наявність спеціально навченого персоналу.

Отже, для впровадження ЗПТ на базі госпрозрахункового кабінету медичної установи передусім має бути бажання та добра воля керівництва.

Досвід впровадження госпрозрахункового відділу на базі Сумського обласного наркологічного диспансеру

Одним із лідерів надання послуг ЗПТ на базі госпрозрахункового відділення є Сумський обласний наркодиспансер. Починаючи з 01.04.2016 року всі пацієнти, які отримують зазначене лікування, переведені на госпрозрахункове відділення. На даний час замовником послуги ЗПТ у цьому медичному закладі є МБФ «Альянс громадського здоров'я». Пацієнти особисто не вносять плату за послуги. Тарифи на послуги ЗПТ затверджені розпорядженням голови Сумської обласної державної адміністрації. Вартість послуги, згідно затверджених тарифів, — **15.24 грн. за один візит пацієнта**. Але ця вартість була переглянута замовником послуги — МБФ «Альянс громадського здоров'я» і визначена договором про надання послуг як **10.37 грн. за один візит пацієнта** (відповідно до фактичних видатків закладу на момент підписання договору — 01.04.2016).

Період, за який проводиться оплата — один місяць. Внести кошти потрібно до 10 числа кожного місяця за попередній місяць наданих послуг.

Також оплата в госпрозрахунковому відділенні може здійснюватися самими пацієнтами, які отримують послуги ЗПТ (не в рамках договору з МБФ «Альянс громадського здоров'я»). У такому випадку пацієнти вносять попередню оплату за послуги на наступні 7 днів. Якщо купівля препарату здійснюється медичним закладом, тоді його вартість додається до вартості послуг, яку сплачують пацієнти. Також можливий варіант, коли пацієнт самостійно купує препарат та приносить його до медичного закладу. Проте цей варіант на сьогоднішній день не опрацьовано.

Джерелами фінансування госпрозрахункового відділення виступають є самі пацієнти, донори, приватні та юридичні особи.

Можливі наступні **варіанти організації роботи кабінету залежно від того, хто та в якому обсязі оплачує складові лікування, наприклад:**

1) Оплата всіх послуг, у тому числі вартості препарату, здійснюється третіми особами, а саме донорами чи благодійниками. Пацієнти при цьому нічого не оплачують.

2) Оплата послуг та препарату здійснюється самим пацієнтом. Оплата за препарат входить у вартість послуги медичного закладу.

У такому випадку закупівля препарату здійснюється ЛПЗ (пацієнт вносить передоплату за послуги за певний період, наприклад за 7 днів, а ЛПЗ потім закуповує препарат у виробника (що найскладніше) або у аптечного (фармацевтичного) закладу).

3) Оплата препарату здійснюється третіми особами, а саме донорами, благодійниками, пацієнти при цьому оплачують безпосередньо надання медико-соціальних послуг та адміністративні витрати тощо.

При відкритті госпрозрахункового кабінету, на базі якого будуть надаватися послуги ЗПТ, постає питання: «Де взяти кошти на закупівлю замісного препарату?». І тут важливо пам'ятати, що фінансування комунальних закладів охорони здоров'я здійснюється з державного та місцевих бюджетів. Відповідно, ці кошти неможливо використати на придбання препарату. Тому якщо в закладі вже існує відділення чи кабінет, який надає платні медичні послуги, то кошти отримані від їхньої діяльності, можна тимчасово використати на закупівлю препаратів ЗПТ за умови, що вже існуючі послуги повністю забезпечені медикаментами та виробами медичного призначення. Якщо ж такого кабінету не існує, потрібно

впроваджувати форму передоплати за послуги. І ще один важливий момент: якщо замісний препарат закуповується за кошти місцевого бюджету, немає можливості продавати послуги у рамках госпрозрахункового кабінету.

Досвід впровадження госпрозрахункового відділу на базі Сумського обласного наркологічного диспансеру

У Сумському обласному наркологічному диспансері госпрозрахункове відділення функціонує з 1988 року. На момент впровадження послуг ЗПТ на базі зазначеного кабінету, він був повністю забезпечений медикаментами та виробами медичного призначення. Тому з жовтня 2014 року при впровадженні ЗПТ у госпрозрахунковому відділенні проблем із закупівлею препаратів ЗПТ не було. Препарати ЗПТ закуповувалися за кошти власних надходжень.

Досвід використання госпрозрахункового кабінету для потреб програми ЗПТ на базі Вінницького обласного наркологічного диспансеру

У Вінницькому обласному наркологічному диспансері кошти, зароблені госпрозрахунковим кабінетом, використовують для закупівлі тест-систем для визначення наявності в сечі психоактивних речовин. Тести застосовуються для перевірки пацієнтів ЗПТ з метою їх переведення на самостійний прийом препаратів.

3

3.3.2 Аналіз переваг та недоліків, ризиків та обмежень

Переваги:

- ✓ забезпечення прозорості взаємодії між комунальним закладом, який надає послуги ЗПТ, донорами та іншими благодійниками (третіми особами), а також пацієнтами, які фінансують даний вид лікування;
- ✓ незалежність від державного фінансування;
- ✓ впровадження платних послуг дозволяє лікувально-профілактичним закладам отримувати власні надходження до спеціального фонду — отже, впровадження платних послуг надає можливість покращити умови утримання закладу, посилити його матеріально-технічну базу та забезпечити належну мотивацію його працівників;
- ✓ можливість створення нових робочих місць;
- ✓ вартість послуг госпрозрахункового відділення є дешевшою, за вартість аналогічних послуг в приватних клініках.

Вартість послуг в госпрозрахунковому кабінеті ЗПТ на базі Сумського обласного наркологічного диспансеру становить 15 грн. 24 коп. за один візит пацієнта, без урахування вартості препарату (орієнтовно 475 грн. на місяць). Якщо препарат буде закуповуватися ЛПЗ (або пацієнтом за виданим ЛПЗ рецептом) в аптечному закладі за ринковою ціною, його ціна на місяць (при середній дозі) для метадону становитиме близько 312–322 грн, для бупренорфіну — 1200 грн. Таким чином, для пацієнта вартість лікування (послуги з обслуговування + препарат) на місяць становитиме від 800 (для метадону) до 1675 грн. (для бупренорфіну).*

Вартість послуг ЗПТ в приватних клініках є набагато дорожчою:

- для лікування із використанням бупренорфіну — 100–120 грн в день (для середньої дози 10–12 мг, максимальна доза — 16 мг), що становить 3000–3600 грн. на місяць;
- для лікування із використанням метадону — 70–80 грн в день (для середньої дози 100 мг, максимальна доза — 120 мг), що становить 2100–2400 грн. на місяць;

***Пояснення розрахунків:**

Для розрахунку вартості метадону взято дані щодо вартості препаратів ЗПТ в аптечних закладах Одеси та Києва.

В Одесі в аптечній мережі продається препарат «Метафін» у дозуванні 5,10 та 25 мг № 100. Враховуючи, що середня доза метадону на день становить 100 мг, проведено наступні розрахунки:

- в 1-й упаковці у дозуванні 25 мг № 10 — 250 мг препарату;
- місячна доза препарату для пацієнта: 30 днів x 100 мг = 3000 мг або 3 г;
- 3000 мг / 250 мг препарату в 1 упаковці = 12 упаковок;
- вартість 1-ї упаковки 26 грн. x 12 упаковок = 312 грн. — вартість місячного курсу препарату для пацієнта.

Такі ж самі розрахунки проведено для препарату «Метадон ЗН», який наявний в аптечних закладах Києва в дозуванні 5, 10, 25 мг № 100:

- для формування місячного курсу (3000 мг) краще за все для одного пацієнта підходить 1 упаковка препарату в дозуванні 25 мг № 100 (2500 мг) + 1 упаковка препарату в дозуванні 5 мг № 100 (500 мг);
- вартість 1-ї упаковки препарату в дозуванні 25 мг № 100 дорівнює 219 грн. + вартість 1-ї упаковки препарату 5 мг № 100, що становить 103 грн. = 322 грн. — вартість місячного курсу.

Зазначені розрахунки є приблизними і можуть бути іншими, якщо препарат закуповуватиметься ЛПЗ для певної кількості пацієнтів у частині різного співвідношення дозувань для формування індивідуальної дози. Водночас рекомендовано, щоб при закупівлі основну частину індивідуальної дози (від 75 %) займали таблетки у дозуванні 25 мг, як більш дешеві (таблетки з більшим дозуванням завжди дешевші порівняно з таблетками меншого дозування у перерахунку на діючу речовину).

Враховуючи дешевшу ціну метадону, на базі госпрозрахункового кабінету найбільш раціонально видавати саме його, оскільки ціна бупренорфіну в декілька разів вища.

У випадку закупівлі великого обсягу препаратів існує можливість проведення перемовин з аптечним закладом стосовно зниження ціни, а отже, здешевлення послуги.

Недоліки:

- ✗ залежність перебування пацієнта в програмі ЗПТ від його (або членів родини) фінансових можливостей, які можуть змінюватися;

- ✗ у разі необхідності для пацієнта самостійно оплачувати препарати — загроза зниження доз (на адекватну в терапевтичному плані дозу не вистачає коштів);
- ✗ висока вартість препарату у разі його закупівлі пацієнтом або ЛПЗ (ризика щодо підвищення ціни аптеками);
- ✗ залежність вартості послуги ЗПТ від тарифів на її складові (комунальні послуги, заробітна плата, ціни на препарати ЗПТ тощо), що постійно зростають, звідки виникає потреба частого перезатвердження тарифів на послуги ЗПТ;
- ✗ необхідність узгоджувати ціну послуги з органами місцевої влади;
- ✗ заради здешевлення послуг може не містити соціального, психологічного супроводу;
- ✗ неможливість комбінувати фінансування в рамках моделі у разі, якщо препарати забезпечуються за рахунок коштів державного/місцевих бюджетів, а самі послуги оплачуються пацієнтами;
- ✗ утримувати такий кабінет економічно не вигідно при малій кількості пацієнтів.

Досвід впровадження госпрозрахункового відділу на базі Сумського обласного наркологічного диспансеру

Мінімальна кількість пацієнтів, яку необхідно мати для відкриття кабінету, якщо очікувати його окупність — близько 40 осіб.

Ризики:

- ⊖ у разі недостатньої кількості пацієнтів, які будуть отримувати послуги ЗПТ, постане питання рентабельності цього виду діяльності та взагалі можливості надання послуг;
- ⊖ зростання вартості послуг чи препарату може вплинути на рішення пацієнта щодо продовження участі в програмі;
- ⊖ відсутність соціальних та психологічних послуг може впливати на прихильність деяких пацієнтів до програми ЗПТ;
- ⊖ не відпрацьовано алгоритм дій у разі затримки пацієнтом оплати за лікування.

Обмеження:

Фіксація фінансування фонду заробітної плати (навіть за достатнього «прибутку» неможливо підвищити оплату праці медичних працівників понад встановлені норми). Це пов'язано з необхідністю узгоджувати вартість послуг з органами місцевої влади, що не дає змоги оперативно реагувати на економічну ситуацію в державі та потреби закладу. Водночас, зазначене обмеження можна частково вирішувати за рахунок доплат лікарям та медичним сестрам за інтенсивність роботи.

3.3.3 Нормативна база впровадження замісної підтримувальної терапії на базі госпрозрахункового кабінету

Нормативно-правова база для впровадження замісної підтримувальної терапії на базі госпрозрахункового кабінету поділяється на дві частини: нормативна база, що регулює надання ЗПТ, та нормативна база, що регулює надання платних послуг в медичних закладах. Враховуючи, що огляд нормативної бази впровадження ЗПТ вже багато разів представлявся та публікувався, нижче подано перелік нормативних актів, що регулюють надання платних послуг в межах роботи ЛПЗ.

Нормативна база для впровадження платних послуг:

Стаття 18 Закону України № 2801-XII від 19.11.1992 р. «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначає, що фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок Державного бюджету України та місцевих бюджетів, фондів медичного страхування та **будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством**. Всі заклади охорони здоров'я мають право використовувати для підвищення рівня своєї роботи кошти, добровільно передані підприємствами, установами, організаціями та окремими громадянами, а також з дозволу власника або уповноваженого ним органу встановлювати плату за послуги у сфері охорони здоров'я.

Підпунктом 2 пункту 2 Постанови КМУ № 1138 від 17.09.1996 р. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» передбачено анонімне обстеження та лікування хворих, інфікованих хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстеження на ВІЛ та СНІД).

Окремо слід зазначити, що згідно пункту 2 **Постанови Кабінету Міністрів України № 989 від 11.07.2002 р. «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України № 1138 від 17.09.1996 р.»** кошти, які надходять до спеціального фонду за надання платних послуг, використовуються закладами та установами охорони здоров'я і вищими медичними навчальними закладами на заходи, пов'язані з організацією надання послуг, реалізацією продукції та виконання робіт, з утриманням цих закладів та установ згідно із законодавством.

Пунктом 8 статті 4 **Закону України № 1972-XII від 12.12.1991 «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»**, та пунктами 8 та 9 статті 4 **Закону України № 2861-N від 23.12.2010 «Про внесення змін до Закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та соціальний захист населення»** передбачено державні гарантії по запобіганню поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, за допомогою програм реабілітації таких осіб та **програм зменшення шкоди, що, серед іншого, передбачають використання замісної підтримувальної терапії для осіб, які страждають на наркотичну залежність**, та створення умов для заміни використаних ін'єкційних голків і шприців на стерильні з подальшою їх утилізацією та інформаційно-роз'яснювальною та реабілітаційною роботою, у тому числі із залученням представників громадських, благодійних та релігійних організацій, серед осіб, які вживають наркотичні засоби та психотропні речовини ін'єкційним способом, з метою протидії поширенню ВІЛ-інфекції.

Пунктом 4 Основних концептуальних напрямків реформування системи охорони здоров'я, затверджених **Постановою Кабінету Міністрів України № 208 від 17.02.2010 р. «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я»** затверджено надання платних медичних послуг у сфері охорони здоров'я, що передбачає надання послуг за рахунок коштів фізичних та юридичних осіб, а також благодійних внесків, надходжень за договорами добровільного медичного страхування.

Наказ Міністерства фінансів України № 758 від 22.06.2012 р. «Про затвердження Порядку відкриття та закриття рахунків у національній валюті в органах Державної казначейської служби України».

***Коментар:** Відповідно до підпункту 2 пункту 2 Постанови КМУ № 1138 від 17.09.1996 р. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» державні і комунальні заклади охорони здоров'я можуть надавати платні послуги щодо анонімного обстеження та лікування хворих, інфікованих хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (окрім обстеження на ВІЛ та СНІД).*

Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», в статті 14 «Добровільне лікування осіб, хворих на наркоманію» також визначає право особи, яка добровільно звернулася до наркологічного закладу, на анонімність лікування.

Водночас, відповідно до п. 7 Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю, що затверджений Наказом МОЗ України від 27 березня 2012 року, для призначення ЗПТ хворий має надати документ, що підтверджує особу. Зважаючи на зазначене та враховуючи, що анонімне лікування відрізняється від конфіденційного тим, що не передбачає визначення відомостей щодо ідентифікації особи, яка отримує лікування (П.І.Б, дата народження, паспортні дані), існують серйозні обмеження стосовно надання платних послуг ЗПТ на базі державного та/або комунального ЗОЗ.

3.3.4 Покроковий алгоритм щодо створення госпрозрахункового кабінету ЗПТ

№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи	Необхідні ресурси
1	Ідея створення госпрозрахункового кабінету, що надає послуги програми ЗПТ	Визначення наказом керівника ЛПЗ осіб, відповідальних за здійснення підготовчої роботи по відкриттю/впровадженню госпрозрахункового кабінету ЗПТ	Головний лікар, заступники головного лікаря, головна медична сестра тощо	Бажання адміністрації
2.	Підготовча робота щодо відкриття кабінету ЗПТ/впровадження платних послуг	Підготовка та прийняття відповідних внутрішніх актів (положення про відділення або кабінет, посадові інструкції)	Головний лікар, заступники головного лікаря, головна медична сестра, юрисконсульт тощо	Приклади документів
		Матеріально-технічне забезпечення кабінету згідно Типового положення про кабінет	Головний лікар, заступники головного лікаря, головна медична сестра, юрисконсульт тощо	Витрати на придбання (якщо немає в наявності): диспенсер для одноразових паперових рушників, кулер з водою, кушетка медична, лампа бактерицидна, ліхтарик медичний діагностичний, маніпуляційний столик, сейф металевий для зберігання наркотичних препаратів, стетофонендоскоп, тонометр, шафа для медикаментів, оргтехніка
		Детальний опис послуги – хід виконання процедури	Заступник з економічної частини	Приклади документів
		Здійснення хронометражу послуги (процедури) ⁵²	Заступник з економічної частини	Витрати відсутні

⁵² Акт хронометражу робочого часу, необхідного для надання медичної послуги, оформляється за результатами проведення хронометражних досліджень витрат робочого часу для надання медичної послуги.

№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи	Необхідні ресурси
		Визначення переліку та кількості витратних матеріалів для виконання конкретної послуги (процедури) відповідно до затверджених протоколів ⁵³	Заступник з економічної частини	Витрати відсутні
		Обрахування вартості послуги (калькуляція)	Заступник з економічної частини	Витрати відсутні
		Подання пакету документів щодо впровадження платних послуг до територіального управління охорони здоров'я: <ul style="list-style-type: none"> • лист-повідомлення про відкриття відділення/кабінету; • штатний розпис (затверджує начальник управління) 	Заступник з економічної частини	Витрати відсутні
		Погодження калькуляції послуги департаментом економічного розвитку і торгівлі	Заступник з економічної частини	Витрати відсутні
		Затвердження тарифів (граничних тарифів) на медичні послуги (відповідним затвердженням глави адміністрації (обласної чи районної))	Заступник з економічної частини	Витрати відсутні
		Наказ про затвердження тарифів по закладу.	Головний лікар	Витрати відсутні
		За необхідності — відкриття рахунку у банку (Наказ Міністерства фінансів № 758 від 22.06.2012 р. «Про затвердження Порядку відкриття та закриття рахунків у національній валюті в органах Державної казначейської служби України»)	Заступник з економічної частини, головний бухгалтер	Витрати відсутні
		Оформлення працівників на роботу в кабінет замісної підтримувальної терапії (можливо як основних працівників, так і за сумісництвом)	Головний лікар, інспектор відділу кадрів	Витрати відсутні

⁵³ Наказ МОЗ України від 01.06.2013 № 460 «Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій». Протокол 1.7 — застосування лікарських засобів сублінгвально та 1.8. — застосування лікарських засобів перорально.

№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи	Необхідні ресурси
		Підготовка медичної облікової документації кабінету ЗПТ	Заступник головного лікаря з медичної частини, головна медична сестра, завідувач госпрозрахункового відділення	Витрати на друк журналів та карток
		Придбання препаратів ЗПТ з аптечного закладу безпосередньо в ЛПЗ	Заступник головного лікаря з економічних питань, головна медична сестра, відповідальна особа	Кошти на придбання препаратів

3.3.5 Документи, необхідні для впровадження моделі/підходу

- наказ по ЛПЗ про створення структурного підрозділу — відділення з надання платних послуг або кабінету;
- положення про госпрозрахункове відділення/кабінет (додаток: Положення про госпрозрахункове відділення);
- посадові інструкції (додаток: Посадова інструкція Медична сестра);
- штатний розпис затвердженого зразка;
- тарифікація послуг затвердженого зразка та наказ про затвердження тарифів по закладу;
- договір на надання платних послуг (додаток: Договір на платні медичні послуги);
- медична облікова документація кабінету ЗПТ;
- лист-повідомлення про відкриття відділення/кабінету.

3.3.6 Умови, необхідні для створення госпрозрахункового кабінету ЗПТ

Для створення госпрозрахункового кабінету ЗПТ необхідно:

- матеріальні та фінансові ресурси для облаштування приміщення, де буде проводитися замісна підтримувальна терапія;
- придбання канцелярських виробів, медичних бланків та журналів затвердженого зразка, рецептурних бланків;
- ведення статистичного та бухгалтерського обліку (витрати на оплату праці);
- здійснення контролю з боку адміністрації закладу охорони здоров'я за організацією та якістю надання замісної підтримувальної терапії, а також правильністю стягнення оплати за надану послугу;
- кошти на придбання препарату ЗПТ на перший період роботи кабінету, до отримання ним «прибутку».

Оскільки на сьогоднішній день відсутні нормативи на обслуговування одного пацієнта, то кадрове забезпечення (орієнтовний штат та відсоток зайнятості для обслуговування пацієнтів) можливо вираховувати лише шляхом хронометражу.

Досвід впровадження госпрозрахункового відділу на базі Сумського обласного наркологічного диспансеру

Розрахувавши хронометраж, у закладі визначили, що для обслуговування одного пацієнта замісної підтримувальної терапії лікар витрачає 4,32 хв. Тобто на 10 пацієнтів цей показник становить 43,2 хв., на 30 пацієнтів — 2,16 год., на 50 пацієнтів — 3,6 год., на 100 пацієнтів — 7,2 год. Тобто при обслуговуванні 100 пацієнтів штат кабінету замісної підтримувальної терапії має 100-відсоткове навантаження.

3.3.7 Розрахунок вартості послуг

Для розрахунку вартості послуг можна керуватися загальними принципами їх формування, зокрема Законом України «Про ціни та ціноутворення», листом Державної інспекції з контролю за цінами № 200/6-10/1799 від 17.05.2008, Наказом Міністерства праці та соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 від 05.10.2005 р. та використовувати методики розрахунку вартості медичних послуг.

Досвід впровадження госпрозрахункового відділу на базі Сумського обласного наркологічного диспансеру

До вартості послуги входить:

- *оплата праці — 4.24 грн.;*
- *нарахування на заробітну плату — 0.93 грн.;*
- *медикаменти (тест-смужки) — 3.28 грн.;*
- *непрямі витрати — 1.92 грн. (комунальні витрати входять до вартості послуг у складі накладних витрат).*

Вартість препаратів ЗПТ у вартість послуги не входить. Препарати надходять по лінії гуманітарної допомоги⁵⁴.

Так, Закон України «Про ціни та ціноутворення», який визначає, що державне регулювання цін і тарифів впроваджується шляхом:

- установа державних фіксованих цін (тарифів), граничних рівнів цін (тарифів) або граничних відхилень від державних фіксованих цін і тарифів;
- введення урядом України інших методів державного регулювання.

Ціни та тарифи закладів охорони здоров'я, які є бюджетними установами, регульовані (регулюються) місцевими органами виконавчої влади.

Як зазначено в листі Державної інспекції з контролю за цінами № 200/6-10/1799 від 17.05.2008, якщо державне регулювання тарифів на платні медичні послуги, які надають державні та комунальні заклади

⁵⁴ Розрахунки додаються

охорони здоров'я в регіоні, не запроваджено, то тарифи на такі послуги встановлюються на ринкових засадах.

Розмір плати за той чи інший вид послуги встановлюється на підставі її ціни, яка складається з декількох складових.

Перша складова – видатки на оплату праці осіб, які безпосередньо надають конкретну послугу. До цих видатків належить виплата основної і додаткової заробітної плати та інших видів заохочень (премій) і виплат у розмірах, установлених чинними Умовами оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту населення, затверджених спільним Наказом Міністерства праці та соціальної політики та Міністерства охорони здоров'я України № 308/519 від 05.10.2005 р. Такі видатки слід визначати на підставі штатного розпису підрозділу, який надає платні послуги, робочого часу (за місяць або рік), відпрацьованого його персоналом, витрат робочого часу саме на виконання послуги. Зауважимо, що при встановленні ціни послуги залишається проблемою відсутність порядку визначення норм навантаження на одне відвідування (послугу) лікаря відповідної спеціальності. Зрозуміло, що при обчисленні вартості платної медичної послуги норми робочого часу у хвилинали слід визначати розрахунковим шляхом. У цій ситуації для визначення середнього показника навантаження лікаря-спеціаліста відповідної спеціальності на одну годину прийому можуть бути прийняті всі фактичні відвідування цього лікаря за місяць (рік), поділені на години прийому (місячну (річну) норму робочого часу). Звідси аналогічно розраховується затрачений на одне відвідування час. За відсутності норм не буде помилкою і визначення робочого часу за хронометражем. Норми навантаження медперсоналу на послуги, які не були надані у звітному періоді, можна також встановити розрахунково, виходячи з планового числа відвідувань.

Друга складова – нарахування на зарплату (у розмірах, установлених діючими нормативними документами).

Третя складова – видатки на придбання предметів і матеріалів для поточних потреб, оплату житлово-комунальних послуг тощо. Видатки на придбання малоцінних і швидкозношуваних предметів, канцелярських товарів, послуг зв'язку, оплату оренди, комунальних послуг тощо слід розраховувати на підставі фактичних витрат за попередній період. Видатки на м'який інвентар та обладнання, що використовується при наданні окремого виду послуги, включаються до розрахунку витрат як знос.

Четверта складова – інші видатки, віднесені до валових витрат. Їх розрахунок також може здійснюватися за вищенаведеним порядком, тобто за фактичними витратами на послугу.

Отже, при обчисленні вартості існуючих послуг бажано враховувати фактичні видатки закладу охорони здоров'я на їх надання за звітний період. Якщо ж у закладі планується надання нових послуг, то для їх розрахунку слід брати планові розрахункові показники або ті, що прийняті в кошторисі на поточний рік.

З огляду на викладене можемо зробити висновок про те, що ціна на платну послугу складатиметься із:

- собівартості послуги (обґрунтовані затрати закладу за кожним видом видатків на послугу, подані у грошовому вигляді);
- податку на додану вартість за ставками чинного законодавства на послуги у галузі охорони здоров'я (у тому числі медико-санітарної допомоги, судово-медичної і судово-психіатричної експертизи), операції з надання яких закладами охорони здоров'я, що мають на це спеціальний дозвіл, не звільняються від обкладення ПДВ.

В свою чергу, планова собівартість медичних послуг складається із:

- прямих витрат на оплату праці;
- прямих матеріальних витрат;

- інших прямих витрат;
- адміністративних витрат;
- непрямих (загальновиробничих) витрат.

До складу прямих витрат включаються витрати на виплату основної і додаткової заробітної плати та інших заохочувальних і компенсаційних виплат основного (лікарі і середній медичний персонал) та допоміжного (молодший медичний персонал) медичного персоналу, зайнятого наданням послуг; матеріальні витрати, зношуваність медичного та іншого обладнання.

У плановій собівартості послуги загальновиробничі витрати враховуються пропорційно до прямих витрат на оплату праці через коефіцієнт, який визначається за формулою:

$$K_{зв} = V_{зв} / (FOP_{осн}) \quad (1),$$

де:

$K_{зв}$ = коефіцієнт загальновиробничих витрат структурних підрозділів;

$V_{зв}$ = сума загальновиробничих витрат структурних підрозділів;

$FOP_{осн}$ = фонд оплати праці основного персоналу.

Сума загальновиробничих витрат, яка враховується у вартості медичної послуги, визначається за формулою:

$$C_{зв} = ЗП \times K_{зв} \quad (2),$$

де:

$C_{зв}$ = сума загальновиробничих витрат окремої медичної послуги;

$ЗП$ = заробітна плата.

До складу адміністративних витрат включаються витрати, пов'язані з обслуговуванням та управлінням, зокрема з утриманням апарату управління та працівників, зайнятих обслуговуванням адміністративної інфраструктури. Такі витрати складаються з основної і додаткової заробітної плати, заохочувальних та компенсаційних виплат, відрахувань на загальнообов'язкове державне соціальне страхування, підготовки та перепідготовки кадрів; амортизаційних відрахувань (зношуваність) на основні засоби та нематеріальні активи адміністративного призначення; утримання основних засобів, інших необоротних активів (оренда, страхування майна, ремонт, опалення, освітлення, водопостачання, водовідведення, охорона); винагороди за професійні послуги (юридичні, аудиторські); оплати послуг зв'язку; оплати розрахунково-касового обслуговування та інших послуг банків, наданих відповідно до укладених договорів; сплати податків і зборів (обов'язкових платежів), окрім тих, що включаються у собівартість послуг; використання малоцінних і швидкозношуваних предметів, придбання канцелярських товарів, підготовки та перепідготовки кадрів, розв'язання спорів у судах, передплати періодичних професійних видань, створення архівних фондів, передбачених законодавством.

У вартість медичної послуги адміністративні витрати включаються пропорційно фонду оплати праці основного персоналу ($ЗП_{осн}$), зайнятого наданням послуги, через коефіцієнт ($K_{адм}$), який розраховується за формулою:

$$K_{адм} = V_{адм} / FOP_{оп}, \quad (3)$$

$$C_{адм} = ЗП_{осн} \times K_{адм} \quad (4),$$

де:

$K_{нв}$ – коефіцієнт непрямих витрат;

$V_{адм}$ – сума адміністративних витрат закладу охорони здоров'я за відповідний період, які враховуються у вартості медичних послуг;

ФОПоп – сума витрат закладу охорони здоров'я на оплату праці основного персоналу за відповідний звітний період;

Садм – адміністративні витрати;

ЗПосн – основна заробітна плата.

Витрати на надання медичної послуги обліковуються як видатки спеціального фонду.

Ціна послуги повинна включати накладні витрати, які передбачають витрати на оплату праці адміністративно-управлінського апарату, господарських та інших загальних служб.

Також слід зазначити, що, згідно п.12 Постанови Кабінету Міністрів України № 1548 від 25.12.1996 р. «Про встановлення повноважень органів виконавчої влади та виконавчих органів міських рад щодо регулювання цін (тарифів)», тарифи на платні послуги, які надають лікувально-профілактичні державні і комунальні заклади охорони здоров'я, регулюють (встановлюють) обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації.

На витрати, які отримані від надання платних послуг, в установленому порядку складається кошторис доходів та видатків.

3

3.3.8 Аналіз чинників, які суттєво впливають на вартість послуги

На сьогоднішній день на вартість послуги суттєво впливають такі чинники:

- оплата праці з нарахуваннями;
- витрати на комунальні послуги;
- витрати на придбання засобів медичного призначення (рукавички, дезінфікуючі засоби, тест-смужки та ін.) та інші витрати на придбання товарів та послуг;
- вартість препарату в аптечній мережі.

Зменшення витрат на оплату праці можливе за рахунок підвищення продуктивності праці, збільшення норми обслуговування, переведення стабільних пацієнтів на самостійний прийом препаратів.

Витрати на комунальні платежі можливо зменшити шляхом дотримання найсуворішого режиму економії електроенергії, водо- та тепlopостачання, застосування енергозберігаючих технологій.

Зменшення витрат на придбання засобів медичного призначення (рукавички, дезінфікуючі засоби, тест-смужки та ін.) та інших товарів та послуг можливе за рахунок застосування нових видів матеріалів та впровадження раціонального використання матеріальних ресурсів, скорочення витрат на обслуговування та управління, оптимізації витрат на транспортування, зберігання запасів тощо.

Скорочення витрат, а отже, забезпечення зменшення ціни на послугу можливе у разі проведення перемовин з аптечним закладом стосовно зниження ціни на препарат при збільшенні обсягів закупівлі з боку ЛПЗ.

3.3.9 Оцінка фінансової стабільності

На сьогоднішній день в країні відсутній досвід надання послуг ЗПТ на базі госпрозрахункового кабінету, тому реально оцінити, наскільки дана модель є життєстійкою та незалежною, немає можливості. Але, враховуючи тотальне недофінансування медичної галузі державою, дана модель/підхід може стати одним з найбільш життєздатних щодо надання послуг ЗПТ пацієнтам з опіоїдною залежністю, особливо у разі повного припинення фінансування донорами.

Про життєздатність даної моделі/підходу свідчить і можливість комбінації джерел фінансування: донори, пацієнти, інші приватні та юридичні особи — в різних пропорціях.

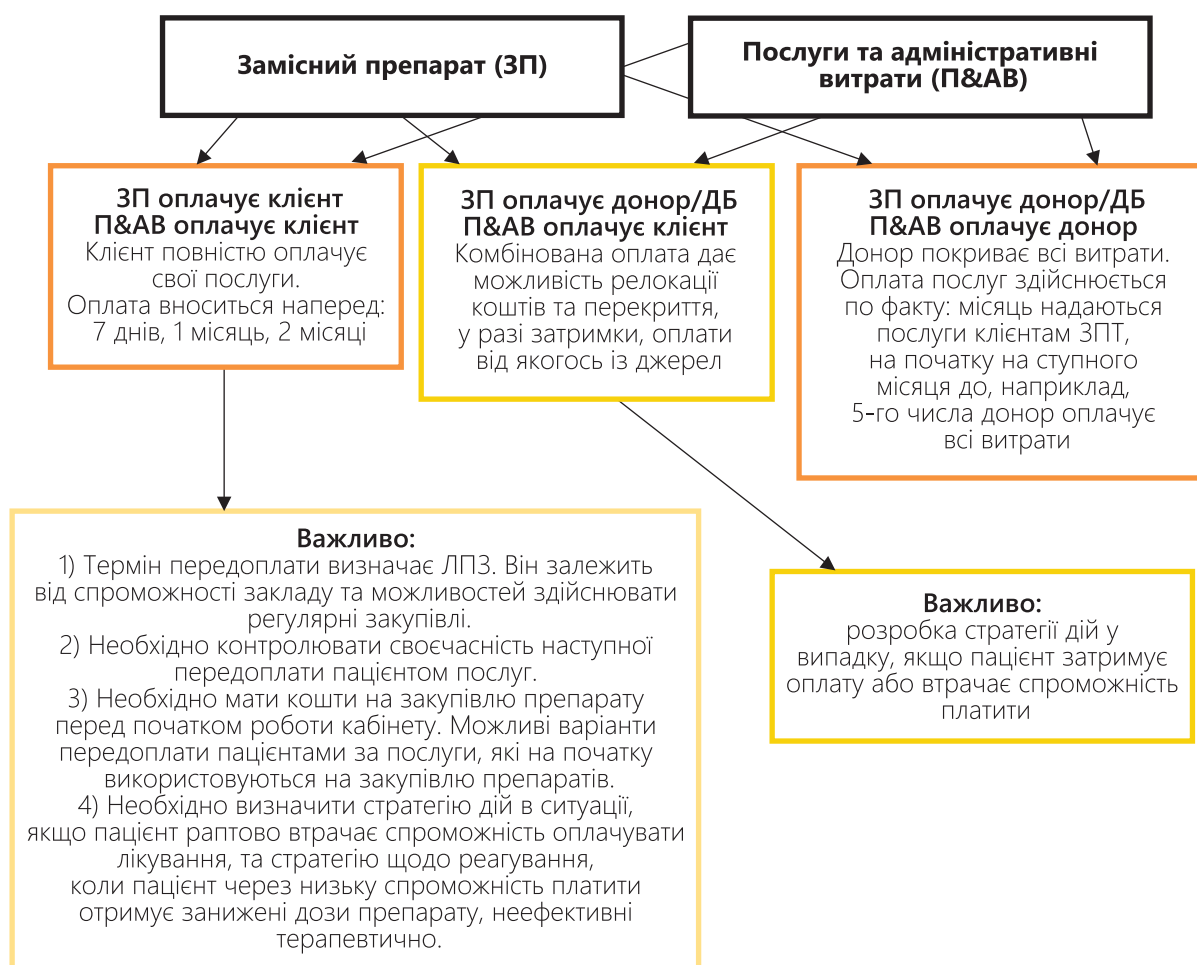
Зазначена модель/підхід також є оптимальною у разі наявності черг на вступ у програму та неможливості забезпечити лікування для всіх бажаючих через обмежену кількість препарату, що закуповується за кошти донорів або державного чи місцевого бюджетів та розподіляється між регіонами. Наприклад, модель може бути використана для відкриття кабінетів ЗПТ у найбільш уражених, з точки зору епідемії ВІЛ та поширеності психічних і поведінкових розладів внаслідок споживання опіоїдів, населених пунктах/районах тощо.

Важливо! На даному етапі немає можливості комбінувати фінансування від держави та інших джерел, що суттєво обмежує впровадження моделі/підходу та потребує вирішення. Одним з найбільш оптимальних шляхів розвитку може бути поєднання фінансування, наприклад коли ЛПЗ безкоштовно забезпечує пацієнтів препаратом (закупленим за кошти держави), але отримує плату (від донорів або пацієнтів) за надання послуг ЗПТ.

3.3.10 Опрацювання різних варіантів впровадження моделі/підходу

У рамках госпрозрахункового кабінету можна комбінувати джерела фінансування (донори, пацієнти, інші (треті) особи) та різні форми видачі препарату (безпосередньо в закладі кожного дня, для самостійного прийому на руки з ЛПЗ або за рецептом). У кожного варіанту є свої переваги та недоліки, і кожен ЛПЗ може вибрати комбінацію джерел та пропорцій фінансування, форм видачі залежно від наявних можливостей закладу, регіону та потреб пацієнтів.

3.3.11 Пропозиції щодо внесення змін до чинної нормативно-правової бази



№	Назва нормативно-правового акту	Положення або пункт акту, що потребує зміни/видалення/уточнення	Запропонована редакція	Обґрунтування необхідності зміни
1)	Постанова КМУ № 1138 від 17.09.1996 р. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти»	Підпункт 2 пункту 1 Переліку платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах	<p>3 підпункту 2 пункту 1 видалити словосполучення «...а також хворих на алкоголізм і наркоманію»</p> <p>Доповнити пункт 1 новими підпунктами такого змісту:</p> <p>«лікування хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок зловживання алкогольними напоями, наркотичними засобами та психотропними речовинами»,</p> <p>«Замісна підтримувальна терапія»</p> <p>видалити слово «анонімне» у реченні «Анонімне обстеження та лікування хворих, заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ та СНІД)» або</p> <p>підпункт 2 пункту 1 залишити без змін, а запропоновані зміни зробити окремим підпунктом 2.1, оскільки при видаленні слова «анонімне...»</p> <p>неможливе надання послуг анонімного лікування та обстеження хворих</p>	<p>Право ЛПЗ надавати послуги не лише анонімно (для тих видів лікування, де не обхідне підтвердження особи, наприклад ЗПТ)</p>

3.3.12 Рекомендації

1) Однією з найбільш життєстійких форм госпрозрахункового кабінету на сьогоднішній день є комбінація джерел фінансування: препарати закуповуються донором або за кошти державного/місцевого бюджетів, а за послуги сплачує сам пацієнт. Це робить програму доступною для пацієнтів, знижує фінансове навантаження на них. Водночас не врегульованим залишається питання щодо можливості оплати пацієнтами своєї участі в програмі у разі отримання препаратів, закуплених за кошти державного/місцевого бюджетів. Рекомендовано опрацювати зазначений варіант поєднання джерел фінансування як найбільш життєстійкий.

2) Перед впровадженням моделі/підходу рекомендовано провести адвокацію та перемовини з місцевими аптечними (фармацевтичними) закладами та вітчизняними виробниками препаратів ЗПТ щодо зниження вартості препаратів при закупівлі їх ЛПЗ.

- 3) Перед відкриттям госпрозрахункового кабінету ЗПТ потрібно визначити та провести розрахунки щодо необхідної кількості пацієнтів для забезпечення його рентабельності. Для формування списку пацієнтів, які готові оплачувати лікування, рекомендовано залучати місцеві НУО.
- 4) При прийнятті рішення стосовно відкриття госпрозрахункового кабінету ЗПТ врахувати та опрацювати можливі варіанти закупівлі препаратів для забезпечення першого періоду роботи кабінету, до отримання ним власного «прибутку», наприклад, впровадження передоплати за послуги, яка витратиться на закупівлю препаратів.
- 5) Перед впровадженням моделі/підходу необхідно опрацювати питання щодо стратегії/алгоритму дій у разі втрати пацієнтом спроможності оплачувати своє лікування (з акцентом на пацієнтів, які отримують високі дози замісного препарату).
- 6) Проаналізувати питання стосовно впливу необхідності оплачувати власне лікування (повністю або частково) на утримання пацієнтів у програмі дози препарату.
- 7) Нормативно врегулювати питання надання платних послуг ЗПТ на базі госпрозрахункового кабінету.
- 8) Розробити національні рекомендації щодо обсягу та частоти послуг (включаючи послуги із психосоціального супроводу), розподілу функцій між медичним персоналом щодо ведення пацієнтів ЗПТ (лікарі, медичні сестри) для проведення об'єктивних розрахунків вартості послуг, хронометражу робочого часу.

3.4 Забезпечення психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ за кошти місцевих бюджетів шляхом отримання соціального замовлення

3.4.1 Загальний опис

Соціальне замовлення є одним з найбільш ефективних інструментів вирішення соціальних проблем та розвитку громадського сектора на основі тісної співпраці влади і громади. Даний механізм сьогодні впроваджується місцевими держадміністраціями, відповідальними за надання соціальних послуг чи виконання соціальних програм, при цьому практично в усі організаційні процедури покладаються на департаменти соціального захисту.

Підставою для впровадження соціального замовлення є необхідність посилення конкуренції серед суб'єктів, що надають соціальні послуги, та стимулювання підвищення якості таких послуг, розвиток системи моніторингу і контролю.

Основними чинниками, що стимулюють впровадження соціального замовлення, є:

- необхідність надання послуг кращої якості та меншої вартості, ніж послуги державних служб і закладів соціальної сфери;
- важливість надання саме тих послуг і в тому обсязі, який необхідний для цільової групи на даний період;
- фінансова криза, наслідком якої стало урізання витрат на фінансування соціальної сфери;
- необхідність для державних органів зосередитися на стратегічних функціях, зокрема таких, як визначення змісту і переліку соціальних послуг, їх стандартизація, фінансування та контроль якості і використання наданих коштів.

При цьому функції безпосереднього надання значної кількості цих послуг делегуються організаціям та закладам недержавного сектора, зокрема, громадським організаціям і приватним надавачам послуг.

Незважаючи на розроблену нормативно-правову базу, практика здійснення соціального замовлення на місцях здійснюється дуже повільно. Досвід його впровадження є лише в декількох регіонах України, зокрема, в Запорізькій, Хмельницькій, Миколаївській, Рівненській областях та в містах Одесі, Полтаві, Сумах, Черкасах. На сьогоднішній день не існує жодного прецеденту залучення коштів місцевих бюджетів через соціальне замовлення на соціальний супровід пацієнтів ЗПТ.

Досвід Сумської області

Сумська область просунулась у напрямку впровадження соціального замовлення для програми ЗПТ на декілька кроків уперед в порівнянні з іншими областями. У жовтні 2016 р. затверджена обласна цільова програма розв'язання пріоритетних проблем Сумської області з використанням механізму соціального замовлення на 2017–2020 роки. Супровід пацієнтів ЗПТ — одна з 4-х послуг, зазначених у даній програмі.

Аналітичних матеріалів щодо практики впровадження соціального замовлення в Україні дуже мало. Однак за останні декілька років інтерес до цієї теми суттєво зріс значною мірою завдяки діяльності Міністерства соціальної політики України, спрямованої на реформування системи надання соціальних послуг та активному просуванню соціального замовлення ВІЛ-сервісними організаціями.

Державою визначено уповноважені органи, установи та організації, які надають ці послуги, але які не уповноважені координувати надання профілактичних послуг на місцях чи забезпечувати їхню комплексність. На практиці ці функції виконують переважно неурядові організації, що працюють з представниками ключових груп і є важливим елементом системи забезпечення стабільності та дієвості системи профілактики.

Водночас неурядові організації мають досвід, необхідні ресурси (сьогодні вони забезпечуються за рахунок міжнародної допомоги), підготовлений персонал і є тими структурами, які можуть ефективно (у порівнянні з іншими суб'єктами) надавати послуги з профілактики для представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.

3.4.2 Аналіз підходу переваг та обмежень, ризиків і недоліків

В умовах поступового скорочення донорської підтримки на програми профілактики в цілому та, зокрема, на програми ЗПТ питання залучення державних коштів шляхом впровадження соціального замовлення є надзвичайно актуальним.

Водночас використання зазначеного механізму пов'язано з низкою проблем та питань на рівні його нормативного регулювання.

Насамперед, для ефективної реалізації фінансового забезпечення соціального замовлення важливим є чітке встановлення:

- кількості отримувачів послуг,
- переліку послуг,
- стандартів їх надання та
- нормативу фінансування отримувача.

Тобто, має діяти загальна формула, де:

загальний обсяг видатків на роботу з проблемою = нормативу фінансування отримувача послуг x на кількість отримувачів послуг.

Категорії отримувачів	Вартість людино-години, грн.	Кількість людино-годин на особу, год.	Кількість отримувачів соціальної послуги, осіб	Сума, грн.
Пацієнти ЗПТ	A	B	C	A x B x C

Переваги соціального замовлення:

- ✓ сприяє відповідності послуг потребам цільової групи;
- ✓ є стимулом до підвищення якості й ефективності послуг;
- ✓ сприяє оптимізації бюджетних витрат;
- ✓ сприяє відкритості та прозорості формування соціальних програм та послуг;
- ✓ відкритість конкурсу сприяє протидії проявам корупції та протекціонізму;
- ✓ сприяє ініціативності, активності, контролю та відповідальності громадськості в соціальній сфері;
- ✓ сприяє взаємодії органів державної влади та НУО і формуванню їхнього спільного бачення проблем в суспільстві та шляхів їх вирішення;
- ✓ сприяє розвитку громадянського суспільства.

Проблеми та недоліки:

- ✗ *Відсутність стандартів*, що ускладнює можливість чітко зрозуміти характер та напрями витрат, які необхідно прорахувати для встановлення обсягу видатків на той чи інший стандарт (для порівняння можна взяти протоколи надання медичної допомоги, де чітко прописаний кожен елемент витрат, які легко прораховуються, і можна визначити суму коштів на фінансування кожного виду медичної допомоги).
- ✗ *Відсутність стандартів* щодо розрахунку нормативів фінансування. Відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики України № 282 «Про затвердження Порядку розроблення державного стандарту соціальної послуги», до стандартів обов'язково мають бути внесені фінансово-економічні обґрунтування, які наразі не розроблені.
- ✗ Визначення сфери, до якої належать послуги із психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ (соціальна, медична). Лише за умови, що ці послуги є в переліку соціальних послуг, затвердженому Міністерством соціальної політики України, вони можуть бути предметом соціального замовлення.
- ✗ Відсутність об'єктивних критеріїв оцінки професіоналізму НУО та їхніх співробітників (через відсутність вимог до освіти працівників НУО та стандартів надання послуг) на момент прийняття рішення про переможця та оцінки результатів.
- ✗ Неналежний моніторинг та контроль з боку держави може призвести до зростання вартості послуг, зниження їхньої якості та ускладнити доступ до них цільової групи.
- ✗ Труднощі визначення оптимального співвідношення ціни та якості.

Ризики:

- ⊖ непрозора конкуренція (участь у конкурсі спеціально створених особами, які приймають рішення, НУО);
- ⊖ наявність принципу пріоритетності соціального замовлення.

Зазначений принцип дає можливість органам влади встановлювати пріоритет на першочерговість послуг для фінансування, до яких важко включити ЗПТ.

Коментар

Наявність затверджених місцевих політик протидії соціально небезпечним захворюванням значною мірою підвищує вірогідність отримання соціального замовлення на роботу з пацієнтами ЗПТ.

Зокрема, це можуть бути:

- *місцеві Стратегії забезпечення надання профілактичних послуг для найбільш уразливих груп населення з переліком таких послуг і визначенням відповідальних виконавців;*
- *місцеві цільові програми протидії соціально небезпечних захворювань;*
- *плани заходів, затверджені відповідними розпорядженнями, наказами і рішеннями органів виконавчої влади або місцевого самоврядування;*
- *протокольні рішення та інші документи консультативно-дорадчих органів.*

3

Нормативно-правова база впровадження моделі/підходу

Відповідно до нормативно-правових документів, відповідальність за формування соціального замовлення та переліку соціальних послуг, які передбачається надавати на основі соціального замовлення, покладається на місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування — обласні державні адміністрації та виконавчі органи місцевих рад.

На доповнення до цього: закони «Про місцеве самоуправління в Україні» та «Про місцеві державні адміністрації» визначають як повноваження місцевих, районних та обласних рад стосовно затвердження цільових програм і виконавчих органів місцевих рад з питань соціального захисту населення, так і повноваження районних, обласних та місцевих державних адміністрацій у галузі соціального забезпечення і соціального захисту населення.

Щодо соціального замовлення можна стверджувати, що в Україні значною мірою забезпечено нормативно-правове державне регулювання щодо визначення понятійного апарату, законодавчого супроводу (постанови, норми, права, процедури). Разом з тим, існує гостра необхідність приведення у відповідність до діючого законодавства нормативно-правового підґрунтя механізму соціального замовлення, яке суттєво змінилося за останні три роки і продовжує дуже динамічно трансформуватися.

Законодавча база впровадження механізму соціального замовлення на надання НУО соціальних послуг пацієнтам ЗПТ (основні нормативно-правові акти, чинні на червень 2016 року):

1. Закон України «Про соціальні послуги».
2. Закон України «Про місцеві державні адміністрації».
3. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні».
4. Бюджетний кодекс України.
5. Постанова Кабінету Міністрів України № 324 від 29.04.2013 р. «Про затвердження Порядку здійснення соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів».
6. Наказ Міністерства соціальної політики України № 332 від 26.03.2015 р. «Про затвердження Методики оцінки конкурсних пропозицій учасників конкурсу із залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг».
7. Наказ Міністерства соціальної політики України № 1186 від 07.12.2015 р. «Про затвердження Методичних рекомендацій розрахунку вартості соціальних послуг».

3.4.3 Розробка покрокового алгоритму



№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи
1.	Формування соціального замовлення	1. Обґрунтування потреби у соціальних послугах для пацієнтів ЗПТ (замовник послуг – ДОЗ – обґрунтовує перед обласною радою). 2. Аналіз послуг, які вже надаються, обґрунтування їх замовлення. 3. Калькуляція вартості послуги (ДОЗ). 4. Лобювання визначення послуг як пріоритетних (переважно НУО).	Департамент/управління соціального захисту, НУО
2.	Виконання соціального замовлення	1. Оголошення конкурсу на виконання соціального замовлення. 2. Підготовка відповідних документів. 3. Проведення конкурсу та обговорення конкурсних пропозицій у форматі депутатських комісій і громадських обговорень. 4. Прийняття рішення щодо переможців конкурсу. 5. Укладання договору (між переможцем та замовником). 5. Виконання соціального замовлення.	Департамент/управління соціального захисту, НУО
3.	Звітування щодо цільового використання коштів та якості наданих соціальних послуг	1. Підготовка звітів. 2. Робота з казначейством. 3. Системний моніторинг та оцінка якості соціальних послуг, що надаються. 4. Цільове використання коштів.	Неурядові організації – надавачі соціальних послуг за кошти місцевих бюджетів

3.4.4 Список документів, необхідних для впровадження соціального замовлення (на прикладі НУО м. Суми):

- 1) Розпорядження голови ОДА «Про впровадження механізму соціального замовлення за рахунок бюджетних коштів області».
- 2) Розпорядження голови ОДА «Про підготовку проекту рішення обласної ради щодо запровадження в області механізму соціального замовлення».
- 3) Проект рішення обласної ради щодо запровадження в області механізму соціального замовлення.
- 4) Типовий наказ про оголошення конкурсу на залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг.
- 5) Зразок оголошення про конкурс на залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг.
- 6) Форма конкурсної пропозиції на участь у конкурсі на отримання соціального замовлення.
- 7) Розрахунок вартості соціальної послуги за рахунок бюджетних коштів.

3.4.5 Умови, необхідні для впровадження моделі/підходу

- 1) Сформоване єдине бачення місцевої влади та громадськості щодо вирішення соціально значущих проблем громад у сфері протидії соціально небезпечним захворюванням (забезпечення надання профілактичних послуг найбільш уразливим групам населення визначено пріоритетним завданням місцевої політики у зазначеній сфері).
- 2) Наявність нормативно-правового підґрунтя на місцевому рівні для залучення бюджетних коштів на оформлення соціального замовлення послуг соціального супроводу пацієнтів ЗПТ (розпорядження голів обласних державних адміністрацій, рішення обласних/міських рад, накази департаментів/управлінь соціального захисту населення щодо залучення бюджетних коштів для надання соціальних послуг).
- 3) Спроможність НУО отримувати соціальне замовлення на надання соціальних послуг за кошти місцевих бюджетів (якісна підготовка документів на конкурс, наявність кваліфікованого персоналу, досвід роботи з казначейськими рахунками, своєчасне подання звітності, налагоджена система моніторингу та контролю якості соціальних послуг, що надаються тощо).

3.4.6 Розрахунок вартості послуг на одного пацієнта

Розрахунок вартості послуг з розбивкою за статтями витрат здійснюється відповідно до Методичних рекомендацій розрахунку вартості соціальних послуг, затверджених Наказом Міністерства соціальної політики України № 1186 від 07.12.2015 р.

При визначенні вартості соціальної послуги враховують вартість її надання одному отримувачу протягом однієї людино-години, час на її надання та кількість реципієнтів.

До вартості конкретної соціальної послуги пропонується включати частку всіх адміністративних витрат НУО, яка визначається з урахуванням коефіцієнта розподілу адміністративних витрат: відношення заробітної плати основного та допоміжного персоналу, залученого до надання конкретної соціальної

послуги, до заробітної плати всього основного та допоміжного персоналу, що надає соціальні послуги за різними договорами та проектами суб'єкта.

Розміри окремих категорій та/або статей витрат замовника соціальних послуг або НУО рекомендується визначати самостійно, виходячи з вартості робочої сили, товарів, робіт і послуг у відповідній адміністративно-територіальній одиниці.

Для розрахунку вартості соціальної послуги, а також формування та оцінки калькуляції витрат на надання соціальних послуг за рахунок бюджетних коштів замовникам соціальних послуг і суб'єктам рекомендується використовувати формули, що визначають:

1. Загальну вартість соціальної послуги.
2. Вартість надання соціальної послуги протягом однієї людино-години.
3. Прямі витрати.
4. Витрати на оплату праці основного та допоміжного персоналу.

До штату працівників, які безпосередньо беруть участь у наданні соціальної послуги або залучені до її надання, пропонується включати такі категорії (згідно Випуску 80 «Соціальні послуги» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (ДКХП), затвердженого Наказом Міністерства праці та соціальної політики України № 324 від 14.10.2005 р.):

Основний персонал		Допоміжний персонал:
Соціальний: соціальний працівник; соціальний робітник; фахівець із соціальної роботи; фахівець із соціальної допомоги вдома; практичний психолог; юрист; інші штатні працівники	Медичний: лікарський персонал (лікар); середній медичний персонал (сестра медична); молодший медичний персонал (молодша медична сестра, санітар, санітарка); інші штатні працівники	водій автотранспортних засобів; підсобний робітник, інші штатні працівники

Залежно від особливостей надання конкретної соціальної послуги суб'єкт може самостійно залучати до основного чи допоміжного персоналу інших працівників, окрім зазначених вище (наприклад, у разі надання соціальної послуги з представництва інтересів або юридичного консультування до основного персоналу можуть долучати юриста, у разі надання соціальної послуги з догляду вдома — водія у зв'язку з необхідністю перевезення основного персоналу до місцезнаходження отримувача послуги).

До прямих витрат рекомендується включати заробітну плату працівників, які безпосередньо залучені до процесу надання соціальних послуг. Заробітну плату пропонується обчислювати на підставі посадових окладів та інших умов оплати праці, передбачених чинним законодавством (наказ по організації/установі). Перелік і кількість посад працівників доцільно визначати згідно зі штатним розписом суб'єкта. Навантаження на штатних працівників варто визначати відповідно до норм витрат часу, необхідного для надання послуги відповідними працівниками з урахуванням особливостей соціальної послуги та індивідуальних потреб окремих категорій отримувачів. Норми часових витрат можуть визначатися надавачем послуг самостійно.

Роботу залучених фахівців відповідної спеціалізації (медиків, педагогів, психологів та ін.) рекомендується оплачувати за рівнем їхнього фактичного залучення до надання соціальної послуги, але в межах, визначених типовими нормативами, відповідно до специфіки соціальної послуги. У разі надання соціальної послуги поза межами місця роботи фахівця, оплату його праці пропонується проводити за весь час, який було витрачено на надання соціальної послуги, а також за час, що витрачався працівником на переїзд до місця надання соціальної послуги і назад.

Розмір єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування основного та допоміжного персоналу визначається чинним законодавством.

5. Витрати на придбання товарів, робіт і послуг.
6. Інші прямі витрати.
7. Транспортні витрати залежно від особливостей організації надання конкретної соціальної послуги доцільно обчислювати одним із зазначених нижче способів.

Якщо НУО компенсує витрати на проїзд працівникам, задіяним у наданні соціальної послуги, транспортні витрати рекомендується визначати в розмірі вартості проїзду громадським транспортом (крім таксі) відповідно до проїзних документів.

8. Адміністративні витрати, частка яких враховується при визначенні вартості соціальної послуги.
9. Адміністративні витрати на надання соціальної послуги.
10. Заробітну плату і єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування адміністративного, управлінського, а також господарського та обслуговуючого персоналу.

До заробітної плати адміністративного, управлінського, а також господарського та обслуговуючого персоналу доцільно включати заробітну плату працівників, які виконують відповідні функції при наданні соціальної послуги.

До адміністративного, управлінського, а також господарського та обслуговуючого персоналу можуть входити працівники таких штатних категорій:

Адміністративний та управлінський персонал:

директор;
заступник директора;
головний бухгалтер;
юрисконсульт;
інші штатні працівники.

Господарський та обслуговуючий персонал:

водій автотранспортних засобів;
інші штатні працівники.

Вбачається за доцільне обчислювати заробітну плату на підставі розмірів посадових окладів та інших умов оплати праці, передбачених чинним законодавством. Перелік, кількість посад працівників, умови оплати праці пропонується визначати згідно зі штатним розписом НУО.

Розмір єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування визначається чинним законодавством.

11. Витрати на придбання товарів, робіт і послуг на адміністративні потреби.
12. Інші адміністративні витрати.
13. Витрати на оплату комунальних послуг та енергоносіїв.
14. Транспортні витрати для забезпечення адміністративних потреб.

15. Іншими статтями адміністративних витрат передбачаються витрати на послуги інших організацій, у тому числі на спеціалізовані тренінги, курси підвищення кваліфікації працівників, зв'язок та інші витрати загальногосподарського призначення.

16. Вартість соціальної послуги та склад витрат, що входять до неї, рекомендується визначати залежно від конкретної соціальної послуги. Перелік витрат, які можуть включатися до розрахунку вартості соціальної послуги, залежно від її особливостей та умов надання, визначено в додатку 3 вищезгаданих Методичних рекомендацій.

До вартості конкретної соціальної послуги пропонується включати частку всіх адміністративних витрат, яка визначається з урахуванням коефіцієнта розподілу адміністративних витрат: відношення заробітної плати основного та допоміжного персоналу, залученого до надання конкретної соціальної послуги, до заробітної плати всього основного та допоміжного персоналу, що надає соціальні послуги за різними договорами та проектами.

3.4.7 Аналіз чинників, що можуть суттєво впливати на вартість послуг, шляхи оптимізації кожної зі статей витрат

Якщо при переведенні закупівлі послуг на механізм соціального замовлення дотримуватися меж витрат на адміністративні та накладні витрати в діапазоні 25%, то, за експертною оцінкою, економія може скласти щонайменше 15% від загальних витрат (40% – 25%).

Отримання НУО приміщень комунальної власності на пільгових умовах оренди дозволить суттєво зменшити адміністративні витрати, а відповідно, й вартість соціальної послуги.

Залучення найбільш соціально активних пацієнтів ЗПТ до заходів МПСС в якості волонтерів дозволить ефективно використовувати ресурси та час працівників, які безпосередньо беруть участь в наданні соціальної послуги або залучені до її надання за кошти місцевих бюджетів.

3.4.8 Оцінка фінансової стабільності моделі/підходу

Суттєвим недоліком моделі/підходу є доволі короткий термін впровадження соціального замовлення (у рамках одного фінансового року). Конкурси мають оголошуватися щорічно, найчастіше це відбувається у першому кварталі. Подача пропозицій, конкурсний відбір та укладання угод із переможцями може займати до двох місяців. Таким чином, майже півроку витрачається на доволі процедурно ускладнену схему залучення бюджетних коштів на надання соціальних послуг НУО.

Обсяг фінансування послуг на соціальне замовлення, яке може здійснювати місцева влада, є дуже незначним, оскільки місцеві бюджетні ресурси є вкрай обмеженими, що зумовлено економічною кризою та зменшенням видатків на соціальну сферу.

Пріоритетні завдання місцевої соціальної галузі можуть суттєво змінюватися протягом короткого періоду часу, відповідно, потрібні системні адвокаційні стратегії, які забезпечать участь НУО на всіх етапах — формування місцевих політик, планування заходів, бюджетування, розподіл ресурсів та надання послуг.

3.4.9 Опрацювання різних варіантів впровадження моделі/підходу

Соціальне замовлення може впроваджуватися як на обласному, так і міському рівнях. Відповідно, можуть залучатися кошти обласних або міських бюджетів. У першому випадку соціальними послугами мають бути охоплені пацієнти ЗПТ області, у другому — саме того міста, за кошти бюджету якого буде здійснено соціальне замовлення на надання даних послуг. Доречно наголосити, що на конкурси обласного соціального замовлення не варто надавати заявку, яка стосується одного міста чи району, вона, швидше за все, не стане переможцем або навіть не буде розглядатися конкурсною комісією.

3.4.10 Питання, що потребують окремого вивчення в рамках впровадження моделі/підходу. Пропозиції щодо внесення змін до чинної нормативно-правової бази

№	Назва нормативно-правового акту	Положення або пункт акту, що потребує зміни/видалення/уточнення	Запропонована редакція	Обґрунтування необхідності зміни
1.	Закон України «Про соціальні послуги»		Внести зміни, які передбачають визначення поняття «комплексних послуг», що вимагають міждисциплінарного/міжгалузевого підходу та зміст яких стосується соціального захисту, охорони здоров'я, освіти тощо	На місцевому рівні наявна неузгодженість діяльності різних департаментів у процесі організації соціального замовлення. Зокрема, якщо йдеться про послуги з профілактики ВІЛ-інфекції, які містять медичні та соціальні аспекти, наявне домінування галузевих підходів та переважання внутрішньовідомчих інтересів, що зумовлює небажання відповідних департаментів (охорони здоров'я та соціального захисту) ділитися бюджетними коштами
2.	Наказ центрального органу виконавчої влади щодо затвердження методичних рекомендацій	Розробити методичні рекомендації щодо здійснення соціального замовлення на «комплексні» послуги (що вимагають міждисциплінарного/міжгалузевого підходу), зміст яких визначається різними департаментами (соціального захисту, охорони здоров'я тощо) на місцевому рівні		

3.4.11 Рекомендації

1. Спрямувати адвокаційні зусилля на формування єдиного бачення місцевої влади та громадянськості щодо вирішення соціально значущих проблем, зокрема забезпечення розвитку програм ЗПТ як невід'ємної частини громадського здоров'я, найбільш економічно ефективного методу лікування опіоїдної залежності, дієвого підходу щодо профілактики ВІЛ/СНІДу, вірусних гепатитів тощо, а також підходу, що приносить користь всьому суспільству через зниження проявів кримінальної поведінки, пов'язаної із вживанням нелегальних наркотиків.
2. Адвокатувати написання та затвердження обласних цільових соціальних програм з обов'язковим включенням до пріоритетних заходів діяльність із психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ.
3. Сприяти запровадженню прозорих механізмів оцінки надавачів послуг, зокрема, через залучення до роботи конкурсної комісії з оцінки пропозицій та включення до її складу незалежних експертів, які не мають конфлікту інтересів.
4. Сприяти визначенню та затвердженню на національному рівні цілей, завдань, обсягу та частоти надання психосоціальних послуг для пацієнтів ЗПТ, розробка та затвердження відповідних локальних протоколів із супроводу пацієнтів на сайтах ЗПТ.

3.5 Забезпечення хворих з опіоїдною залежністю препаратами замісної підтримувальної терапії за рахунок залучення коштів місцевих бюджетів

3.5.1 Досвід впровадження

У даному огляді представлена не модель програми ЗПТ в загальному розумінні поняття «модель», а підхід до фінансування програми. Залучення коштів місцевих бюджетів до фінансування ЗПТ є одним із шляхів забезпечення сталості програми та гарантією її розвитку, оскільки демонструє прихильність місцевих органів влади до проблем протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікування наркозалежності. На сьогоднішній день в Україні існує поодинокий досвід фінансування програми ЗПТ. Мова йде про закупівлю невеликого обсягу препаратів.

Досвід впровадження місцевого фінансування в Полтавській області

Закупівля препарату для програми ЗПТ за місцеві кошти у рамках «Обласної цільової програми протидії ВІЛ/СНІДу» розпочалася у 2016 році. Це стало можливим завдяки адвокаційній підтримці БО «Світло надії», а також розумінню та підтримці Полтавського обласного наркологічного диспансеру. Підготовчий етап розпочався у вересні 2015 р., бо саме в цей період розроблявся та узгоджувався проект програми, через яку і планувалося залучати кошти обласного бюджету на закупівлю препаратів ЗПТ.

На сьогоднішній день бюджетом програми передбачено закупити препаратів для ЗПТ на загальну суму 999,1 тис. грн. на період 2016–2018 рр. При цьому, відповідно до зменшення обсягів поставок міжнародних організацій, збільшуються обсяги препарату та кількість пацієнтів, що отримуватимуть ліки за бюджетні кошти: у 2016 р. — 18 пацієнтів (77,9 тис. грн.), у 2017 р. — 160 пацієнтів (420,4 тис. грн.), у 2018 р. — 200 пацієнтів (472,5 тис. грн.). Станом на початок осені 2016 року за кошти бюджету наркологічний диспансер придбав препарат «Метадол» на суму 44.5 тис. грн. (перша частина коштів 2016 року), що дозволило повністю закрити список очікування і додатково прийняти до програми 14 пацієнтів.

Аналогічна практика щодо виділення місцевого фінансування на закупівлю препаратів ЗПТ буде запроваджена на базі Кременчуцького наркологічного диспансеру, де фінансування відбудеться через Міську програму протидії ВІЛ/СНІДу, прийняту на сесії міської ради. Бюджет програми передбачає закупівлю препаратів у наступних обсягах: у 2017 р. — 75.63 тис. грн., у 2018 р. — 100,86 тис. грн., усього 176,49 тис. грн. Завдяки цьому за кошти бюджету зможуть отримувати лікування щонайменше 25 пацієнтів.

Запорукою та важливою умовою виділення фінансування на програму ЗПТ є ефективна співпраця між ЛПЗ та НУО щодо проведення низки адвокаційних заходів, спрямованих на формування громадської думки та розуміння необхідності підтримки розвитку програми органами місцевої влади.

3.5.2 Опис та аналіз переваг, можливостей, недоліків, ризиків та обмежень

Переваги

Однією з ключових переваг такого підходу є підвищення відповідальності органів місцевої влади за розвиток програми, сприяння її життєстійкості у разі зменшення/припинення фінансування з боку донорів та фінансування програми не у повному обсязі за кошти державного бюджету.

Окрім того, перевагами підходу можна вважати:

- ✓ можливість забезпечити на локальному рівні сталість послуги ЗПТ за рахунок місцевого бюджету, виходячи із потреб регіону;
- ✓ оперативність (для прийняття рішень стосовно виділення коштів не потрібно багато часу порівняно з прийняттям аналогічних рішень на рівні держави або донора);
- ✓ можливості розширення програми, а отже — розширення доступу до лікування;
- ✓ незалежність від донорського або державного фінансування.

Не викликає сумніву те, що кошти, необхідні для забезпечення сталості ЗПТ, не є великими для обласного бюджету. Прийняття рішень щодо фінансування здебільшого знаходиться у площині раціонального використання бюджетних коштів та розуміння керівництвом наркологічного диспансеру (або іншого закладу, який відповідає за ЗПТ на рівні області), ДОЗ та обласної влади необхідності забезпечити сталість послуги ЗПТ.

Недоліки:

- ✗ необхідність постійно контролювати та супроводжувати процес з боку НУО та громадськості на всіх етапах — від прийняття програми, бюджетування, закупівель до безпосередньої реалізації;
- ✗ фінансування безпосередньо залежить від політичної ситуації в регіоні та політичної волі, що може швидко змінюватися у зв'язку з кадровими змінами керівного апарату;
- ✗ вища вартість препаратів порівняно з їх вартістю при централізованій закупівлі (препарат закуповується за ринковою ціною, яка є в декілька разів більшою, ніж вартість препаратів, що закуповуються на центральному рівні; обсяг препаратів, що закуповуються, є недостатнім для здійснення закупівлі безпосередньо у виробника).

Ризики:

- ⊖ нерозуміння та негативне ставлення представників місцевих органів влади до ЗПТ;
- ⊖ затягування процесу прийняття рішення щодо фінансування програми у разі наявності опонентів на регіональному рівні;
- ⊖ зниження економічних показників області може вплинути на виконання декларацій щодо фінансування ЗПТ;
- ⊖ використання коштів місцевого бюджету як єдиного джерела фінансування програми ЗПТ є ризикованим через відсутність довготермінових гарантій;
- ⊖ кадрові зміни у керівному складі місцевих органів влади можуть змінити ставлення до програми;
- ⊖ можливі зміни цільового призначення коштів із закупівлі препаратів ЗПТ на інші потреби.

3.5.3 Нормативно-правова база впровадження/розширення моделі/підходу

- Закон України про місцеве самоврядування;
- Наказ ДООЗ про створення МРГ щодо розробки програми (склад групи, повноваження та функції);
- «Обласна цільова програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки»;
- Рішення сесії обласної ради про прийняття програми;
- Розпорядження голови ОДА про запровадження програми.

3.5.4 Покроковий алгоритм щодо впровадження моделі/підходу

№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи	Необхідні ресурси
Етап 1. Підготовка нормативно-правового підґрунтя та планування бюджету				
1.	Розробка або внесення змін та доповнень до обласної медико-соціальної програми (в даному випадку — розробка програми протидії ВІЛ/СНІДу)	1. Створення Наказом ДООЗ міжсекторальної робочої групи (МРГ), яка розробляє необхідні нормативні документи. 2. Проведення розрахунків вартості препаратів відповідно до потреб пацієнтів. 3. Погодження проекту програми на засіданні Координаційної ради. 4. Узгодження обсягів фінансування та проведення розрахунків з фінансовим департаментом ОДА.	Заступник голови ОДА (голова КР) Директор ДООЗ Головний лікар наркодиспансеру Директор фінансового департаменту ОДА	Забезпечення роботи членів МРГ
2.	Прийняття програми	1. Розгляд проекту програми на профільних депутатських комісіях. 2. Включення питання до порядку денного чергової сесії обласної ради. 3. Прийняття програми рішенням сесії обласної ради.	Голови постійних депутатських комісій Голова обласної ради	Супровід процесу
2. Забезпечення фінансування				
1.	Підготовка та подання фінансових документів	1. Подання листа від головного лікаря ЛПЗ директору ДООЗ на додаткові кошторисні призначення. 2. Подання бюджетного запиту на ім'я головного розпорядника коштів (ДООЗ). 3. Довідка про зміни до кошторису ЛПЗ.	Директор ДООЗ Головний лікар наркодиспансеру	Супровід процесу
Етап 3. Закупівля препарату				
1.	Придбання препарату	1. Закупівля препарату у виробника. 2. Забезпечення зберігання.	Головний лікар наркодиспансеру	Супровід процесу

Досвід впровадження місцевого фінансування в Полтавській області

Процес закупівлі відбувається наступним чином:

Закупівельник — Полтавський обласний наркологічний диспансер (ПОНД) **перераховує кошти** на рахунок комунального підприємства «Полтавафарм».



«Полтавафарм» **закуповує препарат** безпосередньо у виробника — Харківського фармацевтичного підприємства ТОВ «Здоров'я народу».



Доставку препарату забезпечують «Ліки України».

Договором про закупівлю між ПОНД і «Полтавафарм» визначено кількість препарату у розфасовці 5, 10 та 25 мг відповідно до потреб лікувальної установи, а також термін зберігання на складі постачальника. **Вся процедура триває протягом тижня від перерахування коштів.** Оскільки ПОНД не має можливості зберігати велику партію препарату, було прийнято рішення про розміщення його на складі постачальника. Лікувальний заклад забирає зі складу певну кількість відповідно до потреби.

3

3.5.5 Документи, необхідні для впровадження моделі/підходу

Приклади документів, розроблених у Полтавській області:

- Обласна програма протидії ВІЛ/СНІДу.
- Розпорядження голови ОДА.
- Розрахунки витрат на ЗШ та ЗПТ.
- Лист на ДОЗ про виділення коштів.
- Бюджетний запит.
- Зміни до бюджету ПОНД.

3.5.6 Умови, необхідні для впровадження моделі/підходу

Ключовою умовою, необхідною для отримання коштів з місцевих бюджетів на фінансування програми ЗПТ, є розуміння місцевою владою самої суті програми, її ролі у стримуванні розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу та скороченні обігу нелегальних наркотиків. Для цього необхідно спрямувати адвокаційні зусилля на формування позитивної думки місцевої влади щодо програми ЗПТ, і в цьому має бути активна позиція місцевої громади та неурядових організацій.

Окрім адвокації, необхідно супроводжувати всі етапи підготовки та впровадження програми (цю роль можуть виконувати представники громадськості та місцевих НУО).

Представники громади мають можливість отримати інформацію про наявність і кількість препарату, звернувшись до головного лікаря ЛПЗ, який є закупівельником препаратів, відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації».

Про плани закупівель державних установ представники громади можуть дізнатися через систему PROZORRO, а про фактичні витрати будь-якої державної або комунальної установи — через портал «Е-дата». Про наявність та обсяг коштів резервного фонду ДОЗ, бюджет медичних установ представ-

ники громади можуть дізнатися, звернувшись листом до розпорядника такої інформації (ДОЗ або безпосередньо ЛПЗ), посилаючись на Закон України «Про доступ до публічної інформації».

Досвід впровадження місцевого фінансування в Полтавській області.

Приклад супроводу фінансування програми ЗПТ з місцевого бюджету

1. Фахівці з адвокації НУО спільно з представниками СНІД-центру розробили проект наказу ДОЗ про створення міжсекторальної робочої групи (МРГ) і у подальшому брали участь в засіданнях групи та активно долучалися до розробки необхідних нормативних документів.

2. На етапі розробки проекту програми спеціалісти організації спільно з працівниками наркологічного диспансеру та СНІД-центру проводили необхідні розрахунки (у тому числі визначення обсягів закупівлі препаратів ЗПТ).

3. За ініціативи НУО, проект програми було винесено на обговорення чергового засідання координаційної ради, в ході якого була доведена необхідність поступового переходу на фінансування програми ЗПТ за рахунок місцевих коштів.

4. В ході подальшого адвокаційного супроводу фахівцями організації було проведено низку робочих зустрічей з ключовими посадовими особами:

- головою обласної ради;
- директором департаменту охорони здоров'я;
- директором фінансового департаменту Полтавської ОДА;
- головою профільної депутатської комісії обласної ради;
- головою обласної координаційної ради (заступник Полтавської ОДА).

Слід зауважити, що запровадження запропонованого на розгляд алгоритму можливе лише за умови налагодженої партнерської співпраці з керівниками профільних ЛПЗ та наявності у регіоні ефективно діючої НУО, що має у своєму складі досвідчених експертів у галузі адвокації, які добре розуміються на бюджетних процесах.

Під час проведення адвокаційної кампанії використовувався підготовлений БО «Світло надії» та її партнерами **аналітичний звіт щодо ЗПТ в Полтавській області**.

3.5.7 Розрахунок вартості послуг на пацієнта замісної підтримувальної терапії

- Вартість препарату

Вартість препарату є різною залежно від регіону та конкретного аптечного закладу. При плануванні залучення державних коштів, для визначення найоптимальнішої у фінансовому плані пропозиції необхідно проводити переговори з різними постачальниками.

Розрахунки вартості препарату в Полтаві:

Найменування	20.06.2016 ПОКП «ПОЛТАВАФАРМ»		Найменування	14.08.2016 ПОКП «ПОЛТАВАФАРМ»	
Термін 30 днів:	Вартість 1 упаковки, грн.	Всього, грн.	Термін 30 днів:	Вартість 1 упаковки, грн.	Всього, грн.
Метадон-3Н 5 мг №100 — 50 таблеток	121,03	60,52	Бупрен-ІС 2 мг №10 6 упаковок	91,78	550,68
Метадон-3Н 10 мг №100 — 50 таблеток	207,50	103,75	Бупрен-ІС 8 мг №10 3 упаковки	291,06	873,18
Метадон-3Н 25 мг №100 — 90 таблеток	250,80	225,72			
Разом		390	Разом		1423,86
Середня вартість одного дня лікування		13,00	Середня вартість одного дня лікування		47,46

- Логістика препарату

ЛПЗ перераховує кошти постачальнику, який у свою чергу закуповує препарат у виробника та забезпечує його доставку спеціалізованим транспортом. Постачальник може зберігати препарат на власному аптечному складі, у випадку, якщо на базі ЛПЗ немає умов для зберігання значної його кількості. У подальшому, за потреби, лікувальна установа отримує препарат на складі.

- Кадрове забезпечення

Передусім, за наявності налагодженого партнерства щодо реалізації моделі в якості експертів мають бути залучені керівники наркологічної служби, СНІД-центру та відповідні фахівці цих установ.

Забезпечення адвокаційного компоненту потребує залучення експертів НУО з числа фахівців у галузі формування місцевої політики та бюджетної адвокації.

З метою організації якісного медіа-супроводу адвокаційної кампанії потрібен PR-менеджер.

3.5.8 Аналіз чинників, які суттєво впливають на вартість послуги:

- зниження вартості логістики препарату шляхом інтеграції доставки препаратів в загальну систему доставки наркотичних лікарських засобів;
- створення можливості для придбання препаратів за ціною, за якою його закуповують донори, зокрема МБФ «Альянс громадського здоров'я» (через адвокацію з виробником, об'єднання обсягів закупівлі з іншими регіонами, збільшення обсягів закупівлі тощо);
- приєднання місцевих закупівель до загальнонаціональних.

3.5.9 Оцінка фінансової стабільності моделі/підходу

Головним фактором, який зменшує рівень фінансової стабільності, є постійний брак бюджетних коштів у сфері охорони здоров'я. Водночас, у разі ефективного перерозподілу існуючого бюджету департаменту охорони здоров'я, можливо забезпечити стабільну закупівлю необхідної кількості препаратів. Визначальну роль у забезпеченні стабільності закупівель відіграють місцеві НУО — через організацію громадського контролю на всіх етапах бюджетного процесу, починаючи з планування витрат на наступний рік і завершуючи моніторингом розподілу препарату та якості послуг.

3.5.10 Опрацювання різних варіантів впровадження моделі/підходу

Оскільки запропонована модель/підхід передбачає лише закупівлю препаратів ЗПТ (закупівля послуг медико-соціального супроводу реалізується за іншими алгоритмами), реалізувати її можливо як за рахунок залучення коштів обласного бюджету, так і коштів міського або районного бюджетів.

На рівні міста та області це можна зробити двома шляхами:

- через обласну чи міську програму,
- за рахунок коштів резервного фонду ДОЗ чи міського УОЗ, через який зазвичай закуповуються медичні препарати.

На рівні районного центру закупівля препаратів ЗПТ можлива лише за умов діючої програми.

3.5.11 Рекомендації

1. Перед тим, як запропонувати місцевій владі виділити кошти на фінансування програми ЗПТ, потрібно сформулювати громадську думку, працювати з журналістами, окремими представниками влади тощо для попередження серйозного спротиву з боку місцевої громади (зокрема, релігійної, яка пропонує програми повної відмови від будь-яких наркотичних речовин, включаючи препарати ЗПТ).
2. Поєднувати зусилля представників громадськості, місцевих НУО та ЛПЗ з чітким розподілом функцій на етапі адвокації та супроводу виділення коштів місцевого бюджету, закупівлі препаратів.
3. Наводячи аргументи місцевій владі про необхідність фінансування програми ЗПТ, варто керуватися реальними розрахунками, які показують ефективність програми та скорочують інші видатки, а також спиратися на міжнародні та національні рекомендації, зважаючи на те, що прийняття рішень щодо фінансування програм здебільшого знаходиться у площинах раціонального використання бюджетних коштів, а не моралі й абстрактних цінностей.
4. Проаналізувати всі можливості щодо зниження ціни на препарат в умовах місцевих закупівель, зокрема опрацювати питання закупівлі препаратів великими партіями (об'єднання з іншими регіонами), зниження вартості логістики препарату тощо.

3.6 Впровадження ЗПТ на базі приватних клінік⁵⁵

3.6.1 Опис поточного стану

Дата початку діяльності — 2009 рік.

Кількість клінік на сьогоднішній день — п'ять, з них чотири у Києві, одна в Одесі. Одна з клінік у Києві організована на базі благодійної організації, решта — приватні клініки.

Всього у Києві працювало 11 клінік, проте через низький попит на бупренорфін вони банкрутують і закриваються. На сьогодні в Києві працює лише чотири клініки.

Препарати:

- бупренорфін (за потреби додається сибазон),
- метадон (таблетовані форми).
- є невелика частина пацієнтів, які хочуть лікуватися із використанням ін'єкційного бупренорфіну, незважаючи на його високу вартість.
- Також працюють з іншими наркотичними препаратами — морфін, омнапон.

З метадоном клініка працює близько року. Набір нових пацієнтів на бупренорфін не відбувається, послуги отримують «старі» клієнти. Однією з причин відсутності попиту на бупренорфін є зміна наркосцени та вартість нелегальних наркотиків (однією з умов успішності комерційної діяльності є забезпечення прийнятної ціни на послуги — ціна на вуличні наркотики має бути вищою, ніж на препарати ЗПТ). На сьогоднішній день на «чорному ринку» відсутній доступ до героїну та обмежений — до «ширки», серед вуличних наркотиків найбільшого поширення набув вуличний метадон. Зважаючи на те, що перехід з вуличного метадоноу на бупренорфін є досить складним, пацієнти обирають в якості замісного препарату метадон.

Конкуренція на ринку послуг слабка. Ціни на послуги різних провайдерів суттєво не відрізняються та регулюються попитом на послуги.

Робота в регіонах (поточний стан): наявна інформація щодо відкриття приватного кабінету ЗПТ у містах Бровари та Харків.

Загальна орієнтована кількість пацієнтів у м. Києві, які отримують платні послуги — близько тисячі. Частина з них — постійні клієнти, інша — ті, що переривають лікування час від часу і знову повертаються після вживання вуличних наркотиків, що піднімає питання прихильності до лікування та утримання пацієнтів.

Формат роботи клінік на сьогоднішній день. Послуги надаються у форматі коротко- або довготривалої детоксикації. Після Наказу МОЗ України № 863 від 17.12.2015 р. (зміни до Наказу МОЗ України №200 від 27.03.2012 р.) почалися зрушення щодо визнання послуг замісної підтримувальної терапії. Надання послуг у формі детоксикації накладає додаткові навантаження на клініку, зокрема ускладнюється трудомістким веденням облікової документації.

Формат роботи:

- 1) Договір про співпрацю між благодійною організацією, яка приймає благодійні внески, купує та передає препарат клініці, клінікою, яка приймає препарат, та аптекою, яка продає препарат благодійній організації.
- 2) Пацієнт платить безпосередньо приватній клініці, де отримує препарат або рецепт (виписування рецепту платне) для придбання препарату в аптечній мережі за власні кошти.

⁵⁵ Описано на основі досвіду роботи одного власника мережі приватних клінік.

Організація надання послуг (на прикладі однієї з клінік мережі)

Розташування клініки: Клініка розташована в Солом'янському районі Києва, в окремому нежитловому будинку, у промисловій зоні. Розташування є зручним з точки зору доступу до транспортної розв'язки. «Непримітне» розташування клініки є виправданим задля упередження негативного ставлення місцевих мешканців до цільової групи. Філіал знаходиться в Одесі. Площа клініки близько — 150 кв. м, включаючи коридори, кабінет прийому пацієнтів, маніпуляційний кабінет для видачі препарату, рецепцію, окрему кімнату для персоналу та спеціально обладнане приміщення для зберігання місячного запасу препарату. В приміщенні постійно знаходиться охорона.

Пацієнти. Клініка обслуговує одночасно близько 140 пацієнтів. Частина з них отримують послуги із детоксикації, частина — у формі ЗПТ. Приміщення має потенціал для обслуговування протягом дня близько 200–250 пацієнтів.

Приватна клініка в першу чергу обслуговує пацієнтів, які мешкають в Солом'янському районі Києва та найближчих районах Київської області. Пацієнти дізнаються про клініку через «сарафанне радіо», а також із рекламних листівок, в яких останнім часом зазначається не лише «наркологічне лікування» (як колись), а й «замісна підтримувальна терапія». Серед пацієнтів є такі, хто отримує АРТ чи протитуберкульозне лікування. Це враховується при призначенні ЗПТ, однак пацієнти неохоче інформують персонал клініки про свої додаткові діагнози.

Утримання в програмі високе (окремої статистики за цим індикатором не ведеться), більшість пацієнтів відвідують програму регулярно протягом тривалого часу (є пацієнти, які отримують подібні послуги більше 3–5 років). Втім трапляються випадки виходу з програми ЗПТ через відсутність коштів на продовження лікування, інколи це відбувається, якщо дозування препарату досить високе. Це є одним із недоліків лікування ЗПТ за власний кош.

Виключення з програми з причин, пов'язаних із порушенням правил участі, відбувається дуже рідко. Спроби винесення препарату — поодинокі.

Пацієнти, які не мають офіційно встановленого діагнозу, направляються до КМKNЛ «Соціотерапія» для його встановлення. На базі зазначеного ЛПЗ існує можливість отримання платної послуги (орієнтована вартість — 200 грн.) щодо встановлення діагнозу. Встановлення діагнозу відбувається протягом одного дня з дня звернення, що дозволяє не «втрачати» пацієнтів в момент вступу до програми.

Тип послуг, що надається: амбулаторна наркологічна допомога (надання послуг стаціонару є економічно не вигідним). На програму приймаються лише пацієнти, які не мають ускладненого абстинентного синдрому. Ті, хто має цей діагноз, направляються на обстеження та лікування до КМKNЛ «Соціотерапія». Послуги, що надаються, позиціонуються як замісна підтримувальна терапія, що стало можливим після Наказу МОЗ України № 863 від 17.12.2015 р.. Ведення медичної документації відбувається відповідно до чинного законодавства. Послуги конфіденційні. Персональна інформація пацієнтів передається лише у випадках, передбачених чинним законодавством.

З 1 червня 2016 року відбувається поступове переведення частини пацієнтів на рецептурну форму видачі препарату (виписування одного рецепту коштує 350 грн., сам препарат пацієнт купує в аптеці, де його ціна регулюється торгівельною мережею). За потреби пацієнтам призначаються додаткові медичні препарати (включаючи такі, що виписуються за рецептом), що є додатковим мотивуванням для утримання клієнта з важким анамнезом та великим стажем споживання «вуличних» наркотичних речовин на програмі ЗПТ.

Середня доза препарату: метадону — 100 мг, бупренорфіну — 16 мг. Тенденція до зниження дози пацієнтом, що обумовлена високою вартістю препарату та страхом перед неможливістю в подальшому оплачувати лікування, відсутня, оскільки «вуличні» наркотики все одно обходяться дорожче.

Графік роботи: щоденно з 9.00 до 17.00, у вихідні — до 14.00. Протягом усього робочого часу відбувається видача препарату. Переважна більшість пацієнтів відвідує клініку у першій половині дня, проте є стала група пацієнтів, яким зручно отримувати препарат у другій половині дня. Препарат видається один раз на день, для пацієнтів, які отримують бупренорфін — можлива видача один раз на два дні.

Видача препарату. Препарат надається у незмінній формі або розчиняється у воді.

Логістика. Препарат доставляється постачальником безпосередньо в клініку (у разі закупівлі у фірмі «Здоров'я народу») або здійснюється силами замовника, якщо препарат закуповується через «Інтерхім».

Оплата. Оплата здійснюється безпосередньо в клініці, де є спеціальна каса. Існує система знижок при оплаті наперед. Наприклад, оплата на 3–7 днів наперед сумарно менша у порівнянні з ситуацією, коли пацієнт оплачує послугу кожного дня. Існує можливість оплатити наперед 14 днів лікування. Якщо пацієнт через будь-які особисті обставини пропустив відвідування клініки, але заплатив за послуги, він має можливість отримати їх пізніше (оплата за конкретно отримані послуги, а не авансом за їх «бронювання»).

Вартість послуг:

- бупренорфін — 100–120 грн. в день (для середньої дози 10–12 мг, максимальна доза 16 мг);
- метадон — 70–80 грн. в день (для середньої дози 100 мг, максимальна доза 120 мг).

Найближчі перспективи/плани щодо розширення відкриття мережі клінік у містах Дніпропетровськ, Кривий Ріг та інших містах-мільйонниках.

3.6.2 Опис та аналіз переваг, можливостей, недоліків, ризиків та обмежень

Переваги та можливості:

- ✓ розширення доступу до програми (послуги отримують всі бажані, які мають покази до зазначеного виду лікування; черги на вступ до програми відсутні);
- ✓ просторовий доступ до програми (при відкритті клінік враховується зручність розташування закладу для потенційних клієнтів);
- ✓ більш продуманий і скорочений маршрут пацієнта при бажанні вступити до програми (ефективний алгоритм взаємодії з КМНКЛ «Соціотерапія» щодо встановлення діагнозу, що триває не більше однієї доби та дозволяє не «втрачати» потенційних клієнтів в момент вступу до програми);
- ✓ високий рівень/стандарт надання послуг, орієнтованість на клієнта (попит на послуги залежить від задоволеності клієнта);
- ✓ більша гнучкість (гнучкий графік роботи, гнучкість у видачі препаратів для самостійного прийому, виписування рецептів для вирішення супутніх проблем, пов'язаних з безсонням, психічними проблемами тощо);
- ✓ низький відсоток випадків, пов'язаних із винесенням препаратів, адміністративною випискою з програми;
- ✓ більш мотивований і дружньо налаштований до пацієнтів медичний персонал.

Недоліки:

- ✗ висока вартість препарату для окремої категорії пацієнтів;
- ✗ незацікавленість клінік у наданні послуг із психосоціального супроводу;

- ✗ гірша взаємодія з державними медичними закладами, зокрема щодо ведення пацієнтів із супутніми захворюваннями — ВІЛ/СНІД, ТБ, психічні хвороби тощо;
- ✗ відсутність орієнтації на надання інтегрованих послуг.

Ризики та обмеження:

- ⊖ нормативні обмеження щодо впровадження ЗПТ на базі приватних клінік відсутні; основною проблемою є застаріла і неефективна процедура встановлення діагнозу, у зв'язку з чим постає потреба у зміні чинної нормативно-правової бази, зокрема Наказу МОЗ № 507 від 28.12.2006 р.;
- ⊖ вимушена закупівля препарату не безпосередньо у заводу а через посередників — «Фармацію» та ДАК «Ліки України» — з націнкою в межах 100%, що впливає на кінцеву вартість послуг для пацієнта;
- ⊖ щоб закуповувати препарат напряду у виробника, потрібен запит на великий обсяг препарату, а для цього потрібні кошти та відповідні умови для зберігання;
- ⊖ додаткові витрати на логістику препарату в разі закупівлі його у фірми «Інтерхім» (при закупівлі препарату в «Здоров'я народу» — логістика здійснюється за рахунок виробника);
- ⊖ труднощі при отриманні ліцензії в МОЗ України (довготривалий та подекуди корумпований процес), а також ризики щодо можливих ускладнень отримання ліцензії на наркотики у зв'язку з передачею функцій ДСКН щодо зазначеної діяльності до Державної служби лікарських засобів та контролю за наркотиками;
- ⊖ обмеження щодо залучення нових пацієнтів через існуючу процедуру постановки діагнозу (в умовах стаціонару, комісія із залученням лікарів інших спеціальностей — офтальмолога, терапевта тощо), необхідність спрощення існуючої процедури;
- ⊖ основні труднощі із залученням нових пацієнтів такі само, як і для програм, що впроваджуються на базі державних ЛПЗ (наявність численних міфів про ЗПТ, відсутність доступу до цільової аудиторії, зміна наркосцени, що призводить до відсутності попиту на бупренорфін тощо).

Нормативно-правова база впровадження/розширення моделі (конкретні положення нормативно-правових актів, що дають можливість та/або перешкоджають впровадженню/розширенню моделі).

Впровадження моделі спирається на чинну нормативну базу, яка є загальною щодо надання послуг ЗПТ незалежно від форми власності лікувального закладу.

3.6.3 Розробка покрокового алгоритму щодо впровадження моделі/підходу

№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи	Необхідні ресурси (витрати)
1.	Підготовка приміщення для роботи	1. Аналіз територіального попиту на послуги та підбір приміщення. 2. Облаштування приміщення відповідно до норм чинного законодавства (зокрема Наказу МВС № 216 від 15.05.2009 р.)	Директор клініки	
2.	Підготовка документів для отримання необхідних ліцензій (медичної та по роботі з наркотиками)	1. Підбір персоналу. 2. Підготовка документів на отримання ліцензії	Директор клініки, юридична компанія	

№	Активність	Перелік конкретних заходів	Виконавці та залучені особи	Необхідні ресурси (витрати)
3.	Закупівля препарату	1. Налагодження взаємодії з виробником препарату або з ДАК «Ліки України» (залежно від механізму закупівлі препарату). 2. Розрахунок обсягу препарату, що закуповуватиметься. 3. Організація логістики отримання препарату, якщо його доставка не здійснюватиметься виробником або посередником.		
4.	Залучення потенційних клієнтів	1. Розробка шляхів залучення потенційних клієнтів. 2. Виготовлення та розповсюдження друкованої рекламної продукції.		Витрати, пов'язані з рекламою (ціна) – початкові та щомісячні

3.6.4 Аналіз чинників, що можуть суттєво впливати на вартість послуг, шляхи оптимізації витрат

Чинники, що впливають на вартість послуг:

- вартість препарату у виробника або посередника (посередник здійснює 100% націнку);
- попит на послуги (відсутній попит на бупренорфін, низька конкуренція серед надавачів послуг);
- витрати на логістику препарату, якщо фірма, у якій він закопується, не забезпечує доставку.

3.6.5 Оцінка фінансової стабільності моделі/підходу

Модель/підхід є незалежною в плані фінансування. Ціна на послуги залежить від попиту на них, конкуренції на ринку надавачів послуг, доступу до безкоштовного лікування.

3.6.6 Рекомендації

1. Організувати регулярний збір статистичних даних щодо кількісних та якісних характеристик пацієнтів, які отримують лікування із використанням препаратів ЗПТ у приватних клініках.
2. Розробити шляхи посилення взаємодії між приватними клініками та державними лікувально-профілактичними закладами у частині:
 - ведення пацієнтів з коморбідною патологією (особливо з ВІЛ/СНІДом, ТБ, вірусними гепатитами тощо), оскільки зазначена група пацієнтів обмежена у доступі до інтегрованих послуг;
 - переадресації пацієнтів, які втрачають здатність самостійно оплачувати лікування у приватних клініках, до державних ЛПЗ для попередження повернення до вживання вуличних наркотиків.
3. Дослідити питання утримання пацієнтів на лікуванні у приватних клініках, середніх доз препаратів, ведення супутніх патологій тощо.

План заходів, спрямований на забезпечення умов реалізації моделей та підходів щодо формування сталості програми ЗПТ

№	Захід	Очікуваний результат	Виконавці
1. Видача препаратів пацієнтам ЗПТ для самостійного прийому поза межами лікувально-профілактичного закладу			
1)	Проведення дослідження/аналізу з метою з'ясування, чи має самостійний прийом препаратів ЗПТ в амбулаторних умовах такий же ефект, як під контролем (зокрема, стосовно утримання в програмі, припинення чи скорочення вживання інших ПАР, зниження проявів кримінальної поведінки та покращання якості життя тощо).	Формування національної бази даних про видачу препарату на руки для самостійного прийому для прийняття обґрунтованих рішень стосовно подальшого розширення практики та попередження негативних наслідків, пов'язаних зі зловживанням препаратами.	
2)	Опрацювати та розробити рекомендації стосовно підвищення прихильності до самостійного прийому препаратів та попередження ризиків нецільового використання та зловживань (зокрема, через залучення близьких до формування прихильності, видачі препаратів, які в меншій мірі допускають зловживання, підписання терапевтичного контракту тощо).	Розроблено рекомендації щодо конкретних заходів, спрямованих на підвищення прихильності до прийому препаратів ЗПТ, виданих для самостійного прийому в амбулаторних умовах.	
3)	Розробити різні підходи до реалізації моделі, зокрема у контексті кількості доз, які видаються для самостійного прийому (ступовий перехід на самостійний прийом від 1 до 10 доз), видачі на вихідні та святкові дні для розвантаження ЛПЗ.	Розвантаження ЛПЗ у вихідні та святкові дні; відпрацювання оптимальних варіантів переведення пацієнтів на самостійний прийом препаратів в амбулаторних умовах з метою попередження ризиків, пов'язаних із передозуванням, нецільовим використанням препаратів.	
4)	Впровадження практики видачі рідкого метадону для самостійного прийому шляхом внесення змін до чинної нормативної бази, зокрема: <ul style="list-style-type: none"> до п. 1.22 Правил виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення щодо видачі препаратів за рецептом, що затверджений Наказом МОЗ України від 19.07.2005. 	Нормативне врегулювання питання видачі рідкої форми метадону різної концентрації для самостійного прийому в амбулаторних умовах.	

№	Захід	Очікуваний результат	Виконавці
	<p>№ 360 у частині дозволу на видачу для самостійного прийому рідкого метадону у концентрації 5 мг в 1 мл та збільшення обсягу препарату, дозволеного для виписування на 1 рецепт;</p> <ul style="list-style-type: none"> до п. 5 Інструкції «Умови зберігання і використання електронних дозаторів...», що затверджена Наказом МОЗ України № 359 від 27.05.2014 р. (впровадження рідкого метадону). <p>Опрацювання питання щодо тари для видачі рідкої форми препарату та фасування відповідної дози у флакони/баночки в аптечному закладі та/або ЛПЗ. Опрацювання питання щодо використання ручних дозаторів.</p>		
5)	<p>Проведення перемовин з виробниками тестів на визначення вживання ПАР у зразках сечі (слині) щодо можливості випуску в продаж тестів за визначеним переліком речовин, а саме: бензодіазепіни, барбітурати, стимулятори (амфітамін, метамфітамін), морфін.</p>	<p>Забезпечення наявності на вітчизняному ринку тестів з найоптимальнішим переліком ПАР, що визначаються у досліджуваному зразку. Підвищення доступу до тестування у зв'язку із зниженням ціни на тести (всі необхідні показники будуть доступні у 5-ти замість 10-компонентних тестів, які наявні в продажу на сьогоднішній день).</p>	
<p>2. Надання ЗПТ на базі ЛПЗ, які надають первинну медичну допомогу — центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та сімейних амбулаторій</p>			
6)	<p>Визначення в протоколі з лікування опіоїдної залежності функцій лікарів з надання первинної медичної допомоги щодо діагностики, лікування та супроводу осіб із синдромом залежності від опіоїдів у контексті їх залучення до ЗПТ.</p>	<p>Сформоване чітке розуміння ролі лікарів ПМД щодо ведення пацієнтів, хворих на опіоїдну залежність, та у контексті лікування препаратами ЗПТ.</p>	
7)	<p>Опрацювати питання щодо критеріїв, за якими пацієнти рекомендовано мають переводитись до ЛПЗ з надання первинної медичної допомоги/або зворотно до наркологічних закладів.</p> <p>Наприклад:</p> <ul style="list-style-type: none"> до закладів з надання первинної медичної допомоги можуть переводитись пацієнти, які не мають серйозних супутніх патологій (за переліком), проживають поблизу або, навпаки, мають такі супутні патології, нагляд та лікування яких може бути краще забезпечено саме на рівні ЦПМСД (наприклад, мають гіпертонію, тромбофлебіт тощо); до наркологічних закладів переводяться пацієнти, які продовжують вживати наркотичні засоби та психотропні речовини, в тому числі алкоголь, і лікар не в змозі змінити поведінку пацієнта, коригуючи дози препаратів ЗПТ. 	<p>Відпрацьовано чіткі критерії та розподіл функцій ЛПЗ різного рівня медичної допомоги щодо лікування пацієнтів препаратами ЗПТ.</p>	

№	Захід	Очікуваний результат	Виконавці
8)	Розробити чіткі нормативи щодо частоти огляду стабільних пацієнтів ЗПТ (в тому числі проведення лабораторних аналізів, тестування на наркотичні засоби), які отримують лікування у закладах первинної медичної допомоги (чи потрібен загальнообов'язковий щомісячний огляд або достатньо оглядів за зверненням та поданням медичної сестри, яка здійснює щоденну видачу препаратів).	Стандартизовано частоту медичних послуг для пацієнтів ЗПТ з метою оптимізації фінансових та кадрових ресурсів та полегшення подальшого визначення навантаження, що припадає на лікаря у частині лікування пацієнтів.	
9)	Опрацювати питання спрощення вимог до облаштування приміщень (внесення змін до п. 2. 1.4 Наказу МВС № 216) для зберігання семиденної потреби наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у відділеннях, на постах та в кабінетах лікувально-профілактичних закладів та надати роз'яснення щодо можливості зберігання від одnodенної до 7-денної потреби препаратів в кабінеті сімейного лікаря без спеціального облаштування приміщення.	Усунуто бар'єр на шляху розширення місць надання послуг ЗПТ; зменшено фінансові витрати на облаштування привішень.	
10)	Внести зміни до пункту 15 Порядку призначення ЗПТ, затвердженого Наказом МОЗ України № 200 від 27.03.2012 р. у частині дозволу проведення ЗПТ лікарю будь-якої спеціальності, який пройшов навчання (без зазначення, що це обов'язково мають бути курси ТУ).	Усунуто бар'єр щодо ведення пацієнтів ЗПТ лікарями ЦПМСД, сімейними лікарями.	
3. Впровадження госпрозрахункового кабінету ЗПТ			
11)	Врегулювання питання щодо можливості оплати пацієнтами своєї участі у програмі (послуги з обслуговування) у випадку отримання ЛПЗ препаратів, закуплених за кошти державного/місцевого бюджетів.	Створено та відпрацьовано механізм фінансування пацієнтами послуг лікування у випадку отримання препарату за кошти державного бюджету (для ситуацій, коли в ЛПЗ відсутній потенціал щодо обслуговування пацієнтів, незважаючи на можливість отримання безкоштовного препарату).	
12)	Проведення розрахунків щодо необхідної кількості пацієнтів, які мають отримувати лікування на базі госпрозрахункового кабінету (за різних умов його впровадження у частині здійснення оплати) для забезпечення його життєстійкості.	Проведено розрахунки та визначено, яка кількість пацієнтів, що оплачують власне лікування, має обслуговуватися на базі одного госпрозрахункового кабінету для забезпечення його життєстійкості (відповідно до різних сценаріїв здійснення оплати).	
13)	Опрацювання питання щодо стратегії/алгоритму дій у випадку втрати пацієнтом спроможності оплачувати своє лікування (з акцентом на пацієнтів, які отримують високі дози замісного препарату).	Розроблено чіткий алгоритм дій у випадку втрати пацієнтом спроможності оплачувати своє лікування з метою попередження різкого переривання лікування та повернення до вживання вуличних ПАР.	

№	Захід	Очікуваний результат	Виконавці
14)	Проаналізувати питання стосовно впливу необхідності оплачувати власне лікування (повністю або частково) на утримання пацієнтів в програмі, дози препарату.	Проведено дослідження/аналіз та визначено, як впливає необхідність (повністю або частково) оплачувати власне лікування на утримання пацієнтів в програмі та в цілому на ефективність лікування.	
15)	Нормативно врегулювати надання платних послуг ЗПТ на базі госпрозрахункового кабінету шляхом внесення змін до Постанови КМУ № 1138 від 17.09.1996 р. «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти» у частині Переліку платних послуг, які можуть надаватися в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, вищих медичних навчальних закладах та науково-дослідних установах, а саме: <ul style="list-style-type: none"> • видалити слово «анонімне» у реченні «Анонімне обстеження та лікування хворих, заражених хворобами, що передаються статевим шляхом, а також хворих на алкоголізм і наркоманію (крім обстежень на ВІЛ та СНІД)». 	Надання права державним та комунальним ЛПЗ надавати послуги ЗПТ не лише анонімно (оскільки для включення до ЗПТ необхідне підтвердження особи).	
4. Впровадження ЗПТ на базі приватних клінік			
16)	Організувати регулярний збір статистичних даних щодо кількісних та якісних характеристик пацієнтів, які отримують лікування із використанням препаратів ЗПТ	Формування об'єктивних та повних статистичних даних щодо кількості осіб, які отримують лікування в програмах ЗПТ.	
17)	Опрацювати шляхи посилення взаємодії між приватними клініками та державними лікувально-профілактичними закладами у частині: <ul style="list-style-type: none"> • ведення пацієнтів з коморбідними патологіями (особливо з ВІЛ/СНІД, ТБ, вірусними гепатитами тощо), оскільки зазначена група пацієнтів обмежена у доступі до інтегрованих послуг; • переадресації пацієнтів, які втрачають здатність самостійно оплачувати лікування у приватних клініках, до державних ЛПЗ для попередження повернення до вживання вуличних наркотиків. 	Забезпечено доступ до лікування супутніх патологій у всіх пацієнтів програми ЗПТ, незалежно від типу ЛПЗ (державний, приватний), де пацієнти отримують лікування. Посилено взаємодію між державними та приватними лікувальними закладами у частині ведення пацієнтів, переадресації.	
18)	Дослідити питання утримання пацієнтів на лікуванні у приватних клініках, середніх доз препаратів, ведення супутніх патологій тощо.	Визначення рівня утримання пацієнтів в програмах ЗПТ, що реалізуються на базі приватних клінік.	

№	Захід	Очікуваний результат	Виконавці
5. Забезпечення медико-психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ за кошти місцевих бюджетів шляхом отримання соціального замовлення			
19)	Сприяти визначенню та затвердженню на національному рівні цілей, завдань, обсягу та частоти надання психосоціальних послуг для пацієнтів ЗПТ.	Розроблено стандарти надання психосоціальних послуг пацієнтам ЗПТ, зокрема: інтервенції, що мають доказову ефективність; частота надання послуг з точки зору їхньої ефективності та економічної доцільності на різних етапах участі пацієнта у лікуванні (індукція, завершення лікування) тощо.	
6. Загальні рекомендації			
20)	Посилення адвокації подальшого розвитку програми ЗПТ на регіональних рівнях з метою підвищення ролі місцевої влади та громадськості у частині забезпечення її життєстійкості через впровадження нових моделей фінансування та надання послуг.	Створено умови для розвитку нових форм фінансування та надання послуг програми ЗПТ на регіональних рівнях.	
21)	Адвокація зниження ціни на препарати ЗПТ, які виписуються за рецептом для придбання за кошти пацієнта або для закупівлі ЛПЗ в аптечних (фармацевтичних) закладах для забезпечення роботи госпрозрахункових кабінетів, через: <ul style="list-style-type: none"> • досягнення домовленостей з аптеками щодо зменшення ціни на препарат за рахунок збільшення обсягів продажу та реалізації принципів соціально відповідального бізнесу, та/або: • внесення змін до Постанови КМУ № 333 від 25.03.2009 р. «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» щодо встановлення граничних поставальницько-збутових надбавок, оптово-відпускної ціни та граничних торговельних (роздрібних) надбавок на наркотичні, психотропні лікарські засоби та прекурсори, включаючи препарати ЗПТ. 	Підвищення доступу пацієнтів до лікувальних засобів, які можна придбати в аптеці за власні кошти або які може придбати ЛПЗ для подальшого надання послуг в рамках госпрозрахункового кабінету ЗПТ.	
22)	Чітко визначити та закріпити на національному рівні список категорій пацієнтів, які мають гарантовано та першочергово отримувати повністю безкоштовне лікування в програмах ЗПТ (зі спрощенням процедури встановлення діагнозу). Опрацювати механізми реалізації цього права (наприклад, у випадку обмеженої кількості місць на вступ до програми на рівні області/міста, конкретного ЛПЗ).	Забезпечено першочерговий та вільний доступ до безкоштовного лікування для визначеної категорії хворих.	
23)	Переглянути існуючі дані та провести оцінку потреби у лікуванні із використанням препаратів ЗПТ як на національному так і регіональному рівнях.	Визначено потребу в ЗПТ як на національному так і регіональному рівнях. Забезпечено розвиток ЗПТ шляхом включення до Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 роки.	

