This document became possible thanks to the generous support of American people through the United States Agency for International Development (USAID) and the President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR) within 'Penitentiary, Law Enforcement & Drug sectors Government Efficiency in HIV response' (HIV-PLEDGE) implemented by United Nations Office on Drugs and Crime.

These materials reflect the views of their authors and do not necessarily reflect the views of UNODC, USAID and the United States Government.

UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

Отчет

по оценке политики, законодательной и нормативной базы с целью интеграции ВИЧ-сервиса в систему наркологической помощи

Проект «Партнерство для ефективної профилактики ВИЧ, лечения и ухода для уязвимых групп в Центральной Азии и Восточной Европе»

Киев 2012

Автор:

Галич Юрий Петрович
Украинский Медицинский Мониторинговый Центр по Алкоголю и Наркотикам МЗ Украины

Проведение этой оценки стало возможным благодаря поддержке американского народа через Агентство США по Международному развитию (USAID).

Эти материалы отражают точку зрения их авторов и не обязательно отражают точку зрения USAID или Правительства США.

© Галич Ю. 2012

© Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC) в Украине, 2012

Оглавление

Лечебная система 5
Лечебные мощности 5
Виды помощи: 6
Лечение в связи с наркологическими проблемами 7
Протоколы и стандарты практики, качество медицинской наркологической помощи 7
Исследование "Лечение наркозависимости и оценка его эффективности" 9
Ресоциализация наркозависимых 9
ВИЧ сервисы рекомендуемые ВОЗ 11
Взаимодействие наркологической службы с другими медицинскими учреждениями 16
Центры интегрированной помощи 20
Экономический анализ 20
Существующие барьеры 23

Лечебная система

В государственной системе здравоохранения лечение людей с наркотическими проблемами осуществляют наркологические учреждения (диспансеры, больницы), которые являются самостоятельными специализированными амбулаторно-поликлиническими и/или стационарными учреждениями, а также отдельные наркологические подразделения (амбулаторные кабинеты, дневные стационары, стационарные отделения и/или специализированные палаты) в составе других лечебно-профилактических учреждений. МОЗ Украины утвердил Перечень видов наркологических учреждений и подразделений [МОЗ Украины, 2002, приказ от 28.10. № 385. «Об утверждении перечня учреждений здравоохранения, врачебных, провизорских должностей и должностей младших специалистов с фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения.»]. Финансирование указанных учреждений/подразделений осуществляется за счет государства (местных бюджетов) и частично за средства от предоставления учреждениями отдельных платных услуг населению.

Медицинские вмешательства, связанные с лечением пациентов с зависимостью от наркотических веществ, осуществляют врачи-наркологи. Специальность предусмотрена в перечне, утвержденном МОЗ Украины и имеет квалификационные требования, которые предусматривают наличие у специалиста полного высшего образования по специальности "Медицина" и специальности "Лечебное дело", интернатуры по "Психиатрии" и специализации по "Наркологии" [МОЗ Украины, 2002 Справочник квалификационных характеристик профессий работников. Выпуск 78 «Охрана здоровья». Приказ от 29.03. № 117].

Кроме того, лечение людей с наркологическими проблемами могут осуществлять частные учреждения здравоохранения и врачи-наркологи частной практики с оплатой лечения за счет клиентов. Медицинская практика осуществляется при наличии лицензии, которая предоставляется МОЗ Украины на основании документов, перечень которых утвержден Кабинетом Министров Украины [КМУ, 2001 год. Постановление № 756 от 04.07.]. Однако данные о предоставляемых этими учреждениями услугах, недоступны. На сегодняшний день лицензия на медицинскую практику выдается бессрочная без указания видов медицинской деятельности, хотя при подаче документов в МОЗ такой перечень требуется Основные требования для получения лицензии предъявляются к санитарным нормам и кадровому составу. Существующая система лицензирования не является сдерживающим фактором для развития частной медицины.

Важно подчеркнуть, что в нашей стране отсутствует план развития наркологической службы и какая-либо системная стратегия ее улучшения.

Лечебные мощности

По данным Центра медицинской статистики МОЗ Украины на конец 2011 года в Украине существовало 48 (в 2010 - 47) самостоятельных наркологических учреждений бюджетного финансирования, было дополнительно создана 1 наркологическая больница, а также реорганизован 1 наркологический диспансер в профильную больницу. Каждая из 27 административных территорий Украины имеет главное наркологическое учреждение (25 диспансеров, 1 диспансерное отделение психиатрической больницы и 1 наркобольница) для организационно-методического руководства. Всего диспансеров 43 (в 2010 - 44), больниц - 5 (в 2010 – 3). В структуре наркологических учреждений и подразделений есть 47 дневных наркологических стационаров (в 2010 году - 49) на 1591 место (в 2010 году - 1493). Количество стационарных наркологических коек уменьшилось, и в 2011 году составляло 5375, по сравнению с 5943 койками 2010 года (соответственно 11,8% по сравнению 13,0% коек на 100 тыс. населения). В 2011 году количество участковых наркологических кабинетов

для предоставления амбулаторной помощи составляло 561 кабинет для взрослых (в 2010 году - 571). Количество кабинетов для подростков (15-17 лет) составило 18 кабинетов (в 2010 – 17).

В 2011 году в наркологических заведениях утверждено 1679 должности врачей-наркологов (в 2010 - 1700,75), на которых работает 1204 врача-нарколога (в 2100 году - 1227), что составляет 71,71% от утвержденных должностей (в 2010 году, - 72,14%). В стационарах имеются 512,3 врачебные должности (в 2010 году - 523,3), в амбулаторно-поликлинической сети 1166,8 должности врачей-наркологов (в 2010 году - 1177,5). Соотношение количества врачей в стационарных и в амбулаторных подразделениях представляет 1: 2,3. Из амбулаторных подразделений в центральных районных больницах занято 380,8 (в 2010 году - 389,5) врачебные должности. В участковой наркологической службе занято всего 821,5 (в 2010 году - 812,3) должности врачей-наркологов, из них для взрослых 800,7 (в 2010 – 812,3) и 20,8 (в 2010 году - 21,5) - для подростков.

Все задачи, цели деятельности, а также функции наркологических учреждений прописываются в положениях об этих учреждениях. Единого утвержденного варианта такого положения нет. Каждое медицинское учреждение имеет свой собственный вариант этого документа, часто основанный на советских образцах [Приказ МЗ СССР №1078 от 14.08.1985 «Об утверждении положения о наркологическом диспансере»]. То же касается и подразделений наркологических диспансеров и больниц, таких как дневные стационары и амбулаторные кабинеты. К основным функциям наркологических учреждений относятся диагностика, лечение наркологических заболеваний и состояний, осуществление диспансерно-динамического наблюдения, а также организационно-методические функции (для головных региональных наркологических учреждений).

Виды помощи:

диспансерно-динамическое наблюдение. пациенты, обратившиеся за помощью по собственному желанию или по направлению правоохранительных органов в наркологические медицинские учреждения и у которых, в установленном порядке [Закон Украины, 1995 года «О мероприятиях противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропних веществ и прекурсоров и злоупотребления ими» от 15.02. № 62/95-ВР.], были диагностированы психические и поведенческие расстройства вследствие употребления наркотических веществ (в соответствии с МКБ – 10), которым установлен диагноз зависимости. Данные о таких пациентах вносятся в специальную систему регистрации и наблюдения – так называемого «наркологического наблюдения», с оформлением соответствующей учетной документации [Закон Украины, 1995 года «О мероприятиях противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропних веществ и прекурсоров и злоупотребления ими от 15.02. № 62/95-ВР.; Совместный приказ МОЗ, МВС, Генпрокуратуры, Минюста, 1997 «Об] утверждении инструкции о порядке выявления и постановке на учет лиц, которые незаконно употребляют наркотические средства или психотропные вещества от 10.10. № 306/680/21/66/5», МОЗ Украины № 302 от 27.12.1999 года «Об утверждении форм учетной статистической документации» и они входят в группу «диспансерного наркологического наблюдения.

- Пациенты, употребляющие наркотические вещества эпизодически и не имеющие зависимости включены в группу «профилактического наркологического наблюдения».

Нормативные документы, которые регулируют сроки пребывания пациента на наркологическом учете в Украине, отсутствуют. Длительность наркологического наблюдения за пациентами в наркологических учреждениях зависит от успешности результатов профилактических и лечебных вмешательств. Успешность результатов определяется врачебно-консультативной комиссией, состоящей из трех врачей-наркологов и,

при этом, основным критерием является удержание пациентом трезвости. Документов, регламентирующих такую деятельность, нет.

В отношении деятельности наркологических кабинетов, которых в 2011 году насчитывалось 561 плюс 18 подростковых кабинетов, то оценка их деятельности не проводилась и их реальные функции определены достаточно нечетко. Документов, регламентирующих деятельность этих кабинетов нет.

Лечение в связи с наркологическими проблемами

В 2011 году прослеживалась тенденция небольшого увеличения количества людей, которые получили лечение в связи с наркологическими расстройствами. Существующая форма статистики не позволяет разделить лечение по каким-либо видам помощи. Регистрируются лишь случаи обращения прохождения лечения. Так, за 2011 год всего пролечено 64592 пациента в связи с проблемами, связанными с наркотиками (60468 пациента в 2010 году и 61434 пациента в 2009 году).

Стационарно и амбулаторно пролечено 37043 пациента из 77105 человек, которые находятся на диспансерном учете, что составляет 48,04%[1]. Это на 2,15% больше, чем в 2010 году. В условиях стационара лечение получили 9819 пациентов, амбулаторно - 26489 пациентов. Доля пролеченных амбулаторно составила 71,51% (у 2010 году – 68,78%). Среди пролеченных доля лиц с диагнозом зависимости (пациенты, находящиеся на диспансерном учете, имеют диагноз зависимости, установленный врачебно-консультационной комиссией) от опиоидов составила 24790 человек - 68,30% (в 2010 году – 72,06%); канабинаидов 2573 человека – 7,01% (у 2010 году – 6,79%); кокаина 17 человек – 0,05% (в 2010 году – 0,06%); галюциногенов 19 человек – 0,6% (в 2010 году – 0,08%); нескольких наркотических и других веществ 8486 человек – 23,41% (в 2010 году – 19,95%).

Из числа лиц, которые находятся на профилактическом наблюдении в связи с употреблением наркотических веществ (37570 человек), лечение получили (данные о видах лечения недоступны) 17384 пациента, или 46,27% (в 2010 году – 44,24%). Среди пролеченных доля лиц с проблемами в связи с употреблением опиоидов составили 4899 человек, канабиноидов – 8692 человека, кокаина – 10 человек, галлюциногенов – 41 человек, нескольких наркотических и других веществ – 3248 человек.

В 2011 году впервые в жизни стационарно были пролечены (данные о видах лечения недоступны) 8811 пациентов.

Протоколы и стандарты практики, качество медицинской наркологической помощи

Наркологическая помощь предоставляется согласно таким нормативным документам:

- «Временным отраслевым унифицированным стандартам медицинских технологий лечебно - диагностического процесса стационарной помощи взрослому населению в лечебно-профилактических учреждениях Украины», утвержденными приказом МОЗ Украины от 27.07.1998 года №226,
- «Нормативам предоставления медицинской помощи и показателей качества медицинской помощи», утвержденными приказом МОЗ Украины № 507 от 28.12.2002 г.

[1] За даними Центру медичної статистики МОЗ України.

- «Клиническим протоколам предоставления медицинской помощи по специальности "Наркология"», утвержденными приказом МОЗ Украины № 681 от 21.09.2009.

Эти документы являются обязательными к исполнению всеми лечебно-профилактическими наркологическими учреждениями, независимо от формы собственности.

На практике Стандарты, Нормативы и Протоколы практически не используются, поскольку имеют ряд принципиальных недостатков [Дворяк, Виевский, Сидяк 2008], а именно:

- не утвержден четкий алгоритм лечебного плана, предлагается огромное количество вариантов вмешательств без выделения приоритетов. Сформировано 24 лечебных комплекса, кроме этого предоставляются рекомендации из каждой диагностической категории в Нормативах предоставления наркологической помощи. Эти рекомендации подробны и содержат практически весь спектр возможных вмешательств для каждой категории (по МКБ-10 до 5-го знака). В то же время, практикующий врач не может на их основании сделать вывод, какой же собственно вариант лечения следует считать оптимальным. Кроме того, часто рекомендуются устаревшие и не обоснованные методы.

- отсутствует надежный контроль проведения терапии для больных и ее качеством. Как правило, мониторинг лечения осуществляется только внутри ЛПЗ, и, чаще всего, определяется вкусами и приоритетами главного врача.

- в Стандартах нет основных принципов предоставления наркологической помощи и не определены цели лечения. Нет указаний на то, каким образом следует оценивать эффективность использованных способов лечения.

Основным нормативным документом для проведения всех санитарно-статистических работ в Украине является адаптированный вариант Международной статистической классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Все лечебно-профилактические учреждения страны, в том числе наркологические, должны отвечать Критериям (условиям) государственной аккредитации лечебно-профилактических заведений. Аккредитация наркологических учреждений происходила в соответствии с отмеченными общими условиями, без учета специфики наркологической помощи. В 2009 году были внесенные изменения и дополнения к Критериям аккредитации и введен отдельный раздел "Наркологическая служба", в котором учтены особенности деятельности наркологических учреждений и помощи, которая предоставляется. Соответствие учреждения (структурного подразделения) критериям аккредитации определяется содержанием и объемом выполнения медицинских процедур (услуг), которые утверждены Перечнем медицинских процедур (услуг) "Временного отраслевого классификатору медицинских процедур (услуг) и хирургических операций". В 2009 году Классификатор был существенно расширен и введен отдельный раздел "Наркологические процедуры (услуги)". Упомянутый раздел описывает профилактические, психологические, наркологические лечебные процедуры (услуги) для лиц с наркологическими проблемами, оценку и мониторинг лечения. Однако по состоянию на 01.01.2012р. дополненный Классификатор еще не был утвержден.

В 2009 году впервые был разработан Государственный формуляр лекарственных средств. Формулярная система является частью системы стандартизации медицинских услуг. Последний, 4-й выпуск формуляра был утвержден приказом МОЗ от 28.03.2012 №204.

Государственный формуляр разработан в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения [WHO. A Practical Guide, 2004; 45 pages].

За качеством оказания наркологической помощи осуществляет контроль МОЗ Украины при проведении аккредитации медицинских учреждений и в случае проведения различных

проверок (плановых и внеплановых), таких, как, например выполнение лицензионных условий. Кроме того, контроль качества наркологической помощи осуществляют региональные управления здравоохранения. В процессе любых проверок основными документами остаются Стандарты и Протоколы оказания наркологической помощи. Аккредитация медицинских учреждений происходит каждые три года в соответствии с формой проверки, утвержденной приказом МОЗ №142 от 14.03.2011. Остальные проверки при оценке качества лечения используют выполнение указанных в Стандартах и Протоколах мероприятий, имеющих кратность и продолжительность.

Исследование "Лечение наркозависимости и оценка его эффективности"

Исследование было проведено Украинским институтом исследований политики общественного здоровья в 2009 году при участии наркологических учреждений гг. Киева, Одессы, Львова, Николаева, а также Киевской и Донецкой областей. Целью исследования была оценка эффективности наркологического лечения, которое осуществляется преимущественно в государственных лечебных учреждениях и сопоставление употребляемых подходов и методов с теми, которые рекомендуют ВОЗ, NIDA и другие организации, обеспечивающие применение лучших практик.

По данным исследования, более 40 пациентов смогли получить лечение после двух и более дней ожидания. Судя по высказываниям пациентов, 60% из них была предоставлена помощь в получении консультаций или лечения в других ЛПУ. Из них 46% просто получили совет, а 50% были записаны на прием или получили направление к специалисту нужного профиля. Большинство пациентов (63%) получили предложение после окончания стационарного курса продолжить лечение в дневном стационаре или реабилитационном центре. Однако, лишь 34% прошли реабилитацию.

Результаты исследования показывают, что фактически лечение наркозависимости проводится без соблюдения стандартов, которые действуют в Украине. Лечение осуществляется в большинстве случаев в стационаре и почти не продолжается после выписки из стационара. В ходе исследования было установлено, что мероприятия по предотвращению рецидивов проводятся в ограниченном объеме.При проведении лечения применяются методы, эффективность которых не доказана, во многих наркологических заведениях используются нейролептики, антидепрессанты и другие психотропные средства, которые не снижают уровень употребления наркотиков. Как результат, лишь небольшой процент лиц, которые нуждаются в помощи, получают современную терапию (меньше чем 10%). Очень много ПИН возвращаются к употреблению вскоре после прохождения лечения (свыше 90%). Анализ ответов пациентов показал, что они не были достаточно информированы относительно распространения инфекций, которые передаются инъекционным путем, их не привлекают к программам уменьшения вреда. Информированы были по вопросам ВИЧ/СПИД 33% опрошенных наркозависимых. Полученные данные исследования свидетельствуют о том, что в стране практически не используются методы, которые доказали свою эффективность, такие как ЗПТ.

[Виевский А.Н., Сидяк С.В., Дворяк С.В. «Лечение наркозависимости в Украине и оценка его эффективности», киев 2008].

Ресоциализация наркозависимых

Термин «ресоциализация», который используется в Украине – это комплекс социально-психологических и реабилитационных мероприятий, направленнях на восстановление и приобретение навыков, необходимых для улучшения качества жизни наркозависимого человека, полноценного ее включения в социальную жизнь [Методические рекомендации по вопросам организации и функционирования центров ресоциализации наркозависимых, 2004]. Следует отметить, что встречающийся в различных нормативных документам, наряду

с термином ресоциализация, термин реабилитация, имеет тоже значение, и, по сути, означает социальную реинтеграцию потребителей психоактивных веществ (ПАВ), в том числе ПИН. Эта деятельность включает в себя психологическую и социальную помощь наркозависимым и осуществляется различными организациями и учреждениями. К ним относятся наркологические учреждения, общественные организации и социальная служба, которая сейчас проходит реорганизацию. Один из видов социальной реинтеграции - прохождение программы реабилитации в реабилитационном центре. Все реабилитационные программы центров ресоциализации в нашей стране ориентированы на полную трезвость и ставят перед клиентом задачу переосмыслить свою жизнь. Особенно это касается христианских центров, которых в стране насчитывается около 200 и которые принадлежат разным конфессиям. Кроме того, по состоянию на 01.01.2011 г. Украине действовало 79 центров ресоциализации наркозависимой молодежи (в 2009 году - 65), которые были созданы общественными организациями. За счет областных бюджетов удерживались 3 центра (в 2009 году 4). В течение 2010 года за помощью в центры обратилось 5699 человек, из которых 2448 человек было включены в программы реабилитации. Полный курс реабилитации с позитивным результатом прошли 1228 человека (58% от общего числа лиц, которые выбыли)[2]. По данным Всеукраинской наркологической ассоциации, лишь 2-4% больных, которые получили медицинскую помощь, имеют возможность дальше быть направленными на реабилитационные программы.

Что касается нормативной регуляции деятельности таких центров, то она зависит от их подчинения. Деятельность центров, которые входят в структуру наркологических учреждений (обычно это отделения реабилитации), регламентируется Стандартами и Протоколами оказания наркологической помощи в части различных реабилитационных комплексов. Деятельность центров, созданными общественными организациями или входящие в структуру социальной службы, не имеют медицинской нормативной регламентации. К документам, на который опираются центры, относятся закон Украины «О социальных услугах» и «Методические рекомендации по вопросам организации и функционирования центров ресоциализации наркозависимых» (Государственный институт проблем семьи и молодежи. Киев, 2004), а также приказом Министерства Украины по вопросам семьи, молодежи и спорта (2010). «Об утверждении нормативов оснащения центра ресоциализации наркозависимой молодежи». Приказ от 03.08. №2598.

Наркологические учреждения, которые не имеют в своей структуре реабилитационных подразделений, должны для выполнения стандартов и протоколов в части реабилитационных комплексов иметь договора с организациями, предоставляющие такие услуги. В этом случае наркоучреждения могут требовать от центров выполнения реабилитационных комплексов Стандартов и Протоколов.

В отношении других видов психологической и социальной помощи, то она в наркологических учреждениях регламентируется профилактическими и реабилитационными комплексами Стандартов и Протоколов. Так, к профилактическому комплексу относятся следующие мероприятия: целевые консультации социального работника, или медицинской сестры, или психолога, или врача (не меньше 3 в неделю и суммарно не меньше 6); профилактические консультации соцработника, или медицинской сестры, или психолога, или врача (короткие профилактические интервенции не меньше 2 в неделю и суммарно не меньше 3); консультации социального работника, или медицинской сестры, или психолога, или врача в отношении участия больного во взаимосогласованной комплексной индивидуализированной программе психологической, социальной, профессиональной и медико-биологической реабилитации (не меньше 2 в неделю и суммарно не меньше 3); информирование больного и его родственников путем использования различных форм

[2] Информационные материалы итогов проведения социальной работы с семьями, детьми и молодежью в 2010 году.

печатных информационно-мотивационных материалов (по индивидуальной схеме). К реабилитационному комплексу относятся: Взаимосогласованная комплексная индивидуализированная программа психологической, социальной, профессиональной и медико-биологической реабилитации, которая включает: целевые консультации социального работника, или медицинской сестры, или психолога, или врача по взаимосогласованному графику (не меньше 7 в неделю); работу клиента в стационарных или амбулаторных психотерапевтических группах и индивидуально с информированием и мотивированием (не меньше 7 часов групповых занятий и 5 консультаций в неделю на протяжении не меньше, чем 7 дней); участие родственников клиента в работе групп психологической реабилитации, взаимопомощи и самопомощи по индивидуальной программе (не менее 5 часов групповых занятий и 4 консультаций в неделю на протяжении не менее, чем 6 недель). Как правило, эти комплексы частично выполняются силами самих учреждений, например, индивидуальное или групповое консультирование. Некоторые наркоучреждения активно привлекают НПО для выполнения необходимого объема работ, некоторые такого взаимодействия не имеют или имеют формальное. Даже в случае проведения программ ЗПТ, для которых существует специальный стандарт предоставления социально-психологического сопровождения, очень часто многие составные части этого сопровождения не выполняются или выполняются формально.

ВИЧ сервисы рекомендуемые ВОЗ

Национальные экспертные группы разработали базовые пакеты услуг для профилактики ВИЧ среди уязвимых групп населения, рекомендованные ВОЗ. Такой пакет услуг включает распространение стерильных шприцев, информационных материалов, добровольное консультирование и тестирование (ДКТ) на ВИЧ, в том числе, и с использованием экспресс-тестов, выдачу презервативов, лечение ИППП, перенаправление (в случае потребности) к работникам социальных служб и медицинским специалистам, направление наркозависимых в программы заместительной терапии. До 2011 года этот спектр услуг предоставлялся на всех 27 административных территориях службами социально-профилактической работы, которые являлись структурным подразделением Государственной социальной службы для семьи, детей и молодежи. Эта служба была реорганизована постановлением Кабинета Министров Украины № 346 от 28.03.2011 года. Данные о предоставляемых услугах после реорганизации не доступны. На сегодняшний день такие услуги предоставляются только общественными организациями. Кроме базового пакета, предоставление дополнительных услуг варьируется в зависимости от программы. Некоторые наркологические учреждения имеют договора с общественными организациями, однако данных о количестве и названиях НПО, работающих с наркоучреждениями, не доступны.

Вирусные гепатиты

Процедура диагностирования и лечения вирусного гепатита С предусмотрена Клиническим протоколом предоставления медицинской помощи больным хроническими гепатитами, который был утвержден приказом МОЗ Украины от 13.06.2005 №271. Методы диагностики вирусного гепатита С (ВГС) в Украине отвечают мировым стандартам и состоят из анализа на антитела к ВГС и ПЛР. В каждом регионе Украины можно сдать анализ на антитела к ВГС и практически в каждом регионе можно сдать кровь в коммерческую лабораторию на ПЦР-диагностику. Физически анализы доступны для населения Украины. Анализ на антитела к ВГС финансово доступен для населения Украины (особенно, когда анализ сдается в государственном медицинском учреждении и является бесплатным или недорогим). Однако ПЦР-диагностика и набор анализов, необходимых для начала лечения или во время лечения, является достаточно финансово затратными и недоступными по финансовым причинам для большинства жителей Украины, в том числе для ПИН. На базе наркологических учреждений такая диагностика не осуществляется. В случае необходимости

пациентов направляют на обследование в коммерческие лаборатории. Лечение гепатита С, которое должно осуществляться врачами, которые прошли специальную подготовку и, к тому же, является финансово очень затратным, в наркологических учреждениях также не предоставляется. В лучшем случае, таких пациентов переадресовывают в специализированные учреждения.

Что касается вакцинации от гепатита В, то согласно приказу МОЗ Украины № 48 от 03.02.2006 года «Об организации и проведении профилактических прививок», группам риска, таким как ПИН, рекомендуется проведение профилактических прививок от гепатита В, но это не является обязательным. Кроме того, проведение вакцинации требует наличия отдельного иммунологического кабинета, а также специальной подготовки персонала, которой работники наркоучреждений не имеют. К тому же, вакцинация от гепатита В требует длительного пребывания пациента в наркологическом учреждении, так как необходима ревакцинация. А большая часть медицинской помощи ограничивается детоксикацией. В настоящий момент этот вид сервиса на базе наркоучреждений не доступен .

Консультирование и тестирование

Скрининг на ВИЧ-инфекцию осуществляется путем консультирования и тестирования на ВИЧ среди ПИН на принципах добровольности и осознанного согласия в наркологических диспансерах, больницах, кабинетах, центрах борьбы с ВИЧ/СПИДОМ, лечебно-профилактических учреждениях. В 2009 году приказом МОЗ Украины нормативно регламентировано использование быстрых тестов. Начиная с 2008 года, проведение ДКТ и тестирование на ВИЧ и ЗППП является обязательным для всех НПО, которые оказывают низкопороговые услуги среди уязвимых групп населения в рамках проектов, поддержанных за средства гранда Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, ТБ и малярией. (таблица 1). Деятельность осуществляется по требованиям Типового проекта профилактической работы среди потребителей наркотиков в строгом соблюдении Порядка предоставления услуг добровольного тестирования для выявления антител к ВИЧ с использованием быстрых/простых тестов среди представителей уязвимых групп и стандартов оказания дерматовенерологической помощи представителям уязвимых групп населения [МОЗ Украины, 2004; Академия Медицинских Наук Украины, МОЗ Украины 2009].

Таблица 1.

Количество проведенных тестов на инфекционные заболевания и их результаты 2007-2010 года [3]

Год	**ДКТ с использованием быстрых тестов на ВИЧ**		**Часть населения, %**	**Быстрые тесты на ЗППП**		**Часть населения , %**
	Тесты	**Результат (+)**		**Тесты**	**Результат (+)**	
2007	21,688*	4,017	18,5%	-	-	-
2008	55,545	8,047	14,5%	45,656	1,142	2,5%
2009	68,737	7,667	11,2%	68,840	1,420	2,1%
2010	70,580	4,903	6,9%	86,717	3,864	4,5%

[3] По данным программного мониторинга МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине

В 2011 г. было проведено 2 996 890 предтестовых консультирований, в том числе 2791964 человек прошли индивидуальное предтестовое консультирование и 204926 человек - групповое предтестовое консульттирование.

Согласно приказам МОЗ Украины №415 от 19.08.2005 года и №388 от 11.05.2010 года наркологические учреждения должны осуществлять консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию. При этом необходимость проведения именно тестирования на базе проведения ДКТ практически не определена. Это приводит к тому, что все наркологические учреждения проводят до-тестовое консультирование, а тестирование проводят редко и чаще перенаправляют в специализированные учреждения. Связано это в первую очередь с отсутствием тест-систем, а иногда с такими проблемами, как например, отсутствие помещений, может, лабораторий?

Что касается инфекций, которые передаются половым путем, то в наркологических учреждениях сервисы по их диагностике и лечению не предоставляются. Исключение составляет обследование на сифилис (реакция Вассермана), которая проводится каждому поступающему на лечение пациенту. У всех пациентов при поступлении на лечение в наркологические медицинские учреждения (и другие ЛПУ) производится забор крови с последующей отправкой проб в тот кожно-венерологический диспансер, с которым у ЛПУ заключен договор на проведение таких обследований. Результаты обследований передаются обратно в ЛПУ и фиксируются в истории болезни. В случае выявления положительного результата, обследование повторяют и, при повторном положительном результате, пациента направляют для дальнейшего обследования и лечения в кожно-венерологический диспансер

Антиретровирусная терапия

Антиретровирусная терапия назначается ВИЧ-позитивним потребителям инъекционных наркотиков на основании общих рекомендаций о назначении антиретровирусной терапии для ВИЧ-позитивних пациентов в соответствии с клиническим протоколом АРТ ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков и в соответствии со Стандартом лечения ВИЧ-позитивних людей, которые являются потребителями инъекционных наркотиков. АРТ предоставляется в 115 учреждениях здравоохранения.

Таблица 3

Общее количество ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом, которые получали и нуждались в АРТ в Украине по состоянию на 01.01.2011р.

	Получают АРТ	**Нуждаются в АРТ**
Всего,	22 016	8 421
в том числе мужчины:	11 404	4 611
из них: дети в возрасте 0-14 лет включительно,	1 001	58
женщины, всего:	10 612	3 810
из них дети в возрасте 0-14 лет включительно	1 045	61
в том числе:		
со статусом активный ТБ	2 269	1 303

со статусом активный ПИН	1 732	834
со статусом активный ВГ	1 495	643

Показатель охвата АРТ лиц с прогрессирующей ВИЧ-инфекцией в Украине постоянно вырос с 41 2008 году до 48 в 2009году и до 53 2010 в 2010 году.

В наркологических учреждениях первичное назначение препаратов АРТ не осуществляется. В некоторых наркоучреждениях врачи предоставляют помощь в виде незначительной коррекции схемы лечения при условии наличия у пациентов препаратов АРТ на руках (например, времени приема в случае совпадения с приемом препаратов ЗПТ). По данным 37 го бюллетеня среди получающих АРТ автивные ПИН составляют 8,3%. Это нужно как-то обыграть\прокоментировать.

Туберкулез

В стране функционируют бюджетные государственные противотуберкулезные заведения, главной из которых является сеть противотуберкулезных диспансеров на уровне областей, городов и районов. Диагностика и лечение больных туберкулезом бесплатные и общедоступные на всей территории Украины. Приказами МОЗ Украины внедрена адаптированная к национальным условиям ДОТС стратегия, утверждены Стандарты и Протоколы диагностики и лечения больных туберкулезом, в том числе и ВИЧ-ассоциированного, внедрены новые отчетные и учетные формы, которые отвечают требованиям ВОЗ; созданы сеть лабораторий и референс-центр из микробиологической диагностики туберкулеза МОЗ Украины для осуществления организационно-методических мероприятий и контроля качества бактериологической диагностики микробиологических лабораторий противотуберкулезных заведений на всей территории Украины. Как и в предыдущий 2010 год, в 2011 году в структуре заболевших туберкулезом около 4% составляли потребители инъекционных наркотиков и алкоголя.

В наркологических учреждениях при поступлении на лечение одним из обязательных требований является предварительное прохождение флюорографии. Такие виды диагностики, как забор мокроты и микроскопия мазка в наркологических учреждениях не производится, хотя нормативных документов, запрещающих это нет. Ограничения существуют только в связи с санитарными требованиями. Дальнейшие повторные обследования осуществляются путем направления в другие учреждения или при помощи мобильных рентген установок – это является очень актуальным для сайтов ЗПТ. Что касается дальнейшей диагностики и лечения туберкулеза, то оно осуществляется в специализированных учреждениях. Поддерживающее лечение туберкулеза при условии наличия у пациента препаратов на руках, осуществляется в наркологических учреждениях.

Программы заместительной терапии

В Украине внедрена программа заместительной поддерживающей терапии с 2004 года. На сегодня программа ЗПТ финансируется за счет грантов Глобального Фонда борьбы с ВИЧ/СПИДОМ, туберкулезом и малярией. В целом организовано 136 пункта предоставления ЗПТ с использованием бупренорфина и метадона (в 2010 - 127 пункта) на базе 133 учреждений здравоохранения (в 2010 - 125 учреждения) во всех 27 областях Украины. Предлагаю дать характеристику этих учреждений, и количественное соотношение, на базе каких ЛПУ предоставляется ЗПТ (в том числе сколько наркологий).

По состоянию на 01.01.2012г. всего на лечении в программах ЗПТ находились 6632 пациента, из них 5285 мужчин, 1347 женщин, 2967 пациента с ВИЧ/СПИДом, 3700 - с гепатитами В или С, 1201 - с туберкулезом, 931 - находились на антиретровирусной терапии, еще 470 - готовились к проведению АРТ. Средний возраст пациентов - 34 года, средний стаж наркопотребления - 14 лет. Заместительная поддерживающая терапия внедрена в 134 учреждениях здравоохранения на всей территории Украины, в т.ч. с использованием препарата «бупренорфина гидрохлорид» - в 28 учреждениях здравоохранения.

ЗПТ метадоном

В программах заместительной поддерживающей терапии препаратом "Метадол" и "Метадикт" находится 5828 пациента в 130 учреждениях здравоохранения во всех регионах Украины. Препарат "Метадон" получают пациенты, которым в установленном порядке установлен диагноз наркотическая зависимость вследствие употребления наркотиков опиоидного ряда. Диагноз зависимости устанавливается врачебно-консультативной комиссией после прохождения стационарного обследования продолжительностью до 10 дней в наркологическом учреждении на основании критериев, указанных в Стандартах и Протоколах [Закон Украины, № 62/95-ВР от 15.02. 1995 года.; Совместный приказ МОЗ, МВС, Генпрокуратуры, Минюста, № 306/680/21/66/5 от 10.10. 1997, МОЗ Украины № 226 от 27.07.1998 года, МОЗ Украины № 507 от 28.12.2002 года, МОЗ Украины № 681 от 21.09.2009 года, МОЗ Украины № 302 от 27.12.1999 года]. Среди этих пациентов 4661 мужчина и 1167 женщин (из них 12 беременных в 3-4 триместре беременности). Средний возраст пациентов составляет 34,26 года, средний стаж употребления наркотиков составляет 14,26 лет. В программе лечится 2529 пациентов с ВИЧ/СПИДом, 3163 пациента с гепатитами В/С, 1046 пациента с туберкулезом, на антиретровирусной терапии (АРТ) находятся 679 человек, еще 430 готовятся к АРТ.

ЗПТ бупренорфином

Развернуто 28 программ заместительной поддерживающей терапии с использованием препарата "Еднок" (бупренорфина гидрохлорид) в лечебно-профилактических учреждениях по всей Украине, в которых 804 пациента получают лечение. Среди них 624 мужчин и 180 женщин (из них 2 беременных в 3-4 триместре беременности). Средний возраст пациентов составляет 35,25 лет, средний стаж употребления наркотиков составляет 13,9 лет. В программе лечится 438 пациентов с ВИЧ/СПИДом, 537 пациента с гепатитами В/С, 155 пациентов с туберкулезом, на антиретровирусной терапии (АРТ) находятся 252 пациента, еще 40 готовятся к АРТ.

Информация относительно количества частных заведений, которые предоставляют заместительную терапию и количества клиентов, которые получают лечение, не доступна.

Прописывание заместительного препарата

В 2009 году в городе Днепропетровск (Днепропетровская область) на базе городской поликлиники №5 с целью расширения возможностей для социальной адаптации пациентов, которые находятся в программе ЗПТ, проводится эксперимент по выписке лекарственного препарата "Еднок" на специальных рецептурных бланках формы №3. Это первая на территории Украины программа прописывания наркотических препаратов для больных наркотической зависимостью. Назначение и виписка препарата пациентам происходило на основании действующих нормативных приказов МОЗ Украины про порядок оборота и выписки рецептов на наркотические вещества и при наличии надлежащей приверженности пациентов к ЗПТ, в случае их занятости на работе или проблем, связанных с состоянием здоровья. В поликлинике были разработаны критерии для включения пациента в программу прописывания препарата. К ним относятся: срок пребывания в программе не менее чем 6 месяцев; отсутствие признаков недавнего употребления алкоголя или наркотиков;

регулярное посещение кабинета ЗПТ; соблюдение правил пребывания в программе ЗПТ; систематические негативные анализы на нелегальные опиоиды; стабильная социальная среда; наличие постоянного места работы; уверенность в том, что уменьшение количества посещений кабинета ЗПТ будет способствовать, а не препятствовать дальнейшей ресоциализации клиента.

Вопрос о назначении ЗТ по рецепту решается на заседании комиссии по целесообразности назначений наркотических средств поликлиники по предоставлению врача-нарколога и согласно заявлению пациента на имя главного врача. В данной программе пациенты принимают препарат и непосредственно на сайте ЗПТ, и получают рецепты в среднем на 2 дня для получения в аптечном учреждении. Всего на протяжении 2011 года на постоянной основе рецепты на препарат «Эднок» получали 24 пациента (в 2010 году 12 человек). Также 20 человек (в 2010 году 10 человек) получали рецепты одноразово в случаях командировок, больничных отпусков, по семейным обстоятельствам. Одноразово, в зависимости от обстоятельств, виписывалось от 20 мг до 100 мг (в среднем 60 мг) препарата «Эднок». Суточная дозировка составляет от 8 до 14 мг в сутки. Рецепты выписывались на 1-2 дня в любой день недели согласно заявлению пациента и соответствующего ходатайства.

Однако, введенный в действие 27.03.2012 приказ МОЗ № 200 «Об утверждении Порядка проведения заместительной поддерживающей терапии больным с опиоидной зависимостью» вводит некоторые ограничения на оказание такого вида помощи и является барьером для дальнейшего развития программ ЗПТ.

Взаимодействие наркологической службы с другими медицинскими учреждениями

Никаких ограничений для взаимодействия между различными медицинскими службами нет, в том числе для взаимодействия наркологической службы со службой ВИЧ/СПИДа, противотуберкулезной службой, инфекционной и другими.

Стандарты и Протоколы оказания наркологической помощи в обязательном объеме действий содержат указание о том, что в случае наличия сопутствующей (ненаркологической) патологии необходимо выполнение стандартов и протоколов других специальностей. Выполнение этого указания сильно варьирует в различных медицинских учреждениях страны. Так, (кем ?) были опрошены руководители наркологических служб Черкасской, Винницкой, Черновицкой, Ивано-Франковской, Херсонской, Полтавской, Закарпатской и Житомирской областей (всего 8 регионов). По результатам опроса выяснилось, что для выполнения действий, связанных с ВИЧ/СПИДом, наркологические учреждения используют разные организационные формы. Так, все наркологические учреждения проводят предтестовое консультирование. При этом, само тестирование на ВИЧ с использованием быстрых тестов проводит только половина из опрошенных учреждений (4 ЛПУ). Все наркоучреждения, которые используют быстрые тесты, получают их по распределению из центров СПИДа. Еще два учреждения проводят забор образцов крови и доставляют их в центры СПИДа. Два наркоучреждения просто направляют пациентов для прохождения тестирования на ВИЧ в центры СПИДа. При этом все опрошенные наркоучреждения направляют пациентов на дообследование и, при необходимости, назначение АРТ. Проведением АРТ для потребителей наркотиков во всех регионах занимаются центры СПИДа. (Таблица 4)

Что касается действий наркоучреждений в связи с туберкулезом, то организационные формы здесь тоже отличаются. Все опрошенные наркологические учреждения требуют у пациентов при обращении за помощью наличия флюорографии. Исключение составляют пациенты, поступающие по скорой помощи. После выхода из кризисного состояния этих пациентов направляют на прохождение ФЛГ в другие медицинские учреждения, в том числе в

противотуберкулезный диспансер (в 5 опрошенных регионах), или доставляют в другое медицинское учреждение, в том числе в противотуберкулезный диспансер (в 3 регионах). В Житомирской области на базе наркологического учреждения, в рамках проекта ГФ, организовано проведение микроскопии мазка с целью выявления туберкулеза. Во всех опрошенных регионах на дообследование с целью выявления туберкулеза пациентов направляют в специализированные противотуберкулезные учреждения. Туда же направляют для назначения противотуберкулезной терапии. В Винницкой наркологической больнице организован ДОТ кабинет для проведения лечения не представляющим эпидемической опасности по туберкулезу наркологическим пациентам. (Таблица 5)

Таблица 4 Формы взаимодействия наркологических учреждений в связи с ВИЧ/СПИДом

	Черкасская область	Винницкая область	Черновицкая область	Ивано-Франковская	Херсонская	Полтавская область	Закарпатская область	Житомирская область
Проведение предтестового консультирования на ВИЧ	+	+	+	+	+	+	+	+
Проведение тестирования на ВИЧ в с использованием быстрых тестов	+	+				+		+
Направление в центр СПИДа на тестирование на ВИЧ				+			+	
Доставка образцов крови в центр СПИДа для проведения исследования на ВИЧ			+		+			
Направление в центр СПИДа на дообследование на ВИЧ	+	+	+	+	+	+	+	+
Направление в центр СПИДа на АРТ	+	+	+	+	+	+	+	+

Таблица 5 Формы взаимодействия наркологических учреждений в связи с туберкулезом

	Черкасская область	Винницкая область	Черновицкая область	Ивано-Франковская	Херсонская	Полтавская область	Закарпатская область	Житомирская область
Направление на ФЛГ в другое ЛПУ (в т.ч. в противотуберкулезный диспансер)	+	+		+	+		+	
Доставка в противотуберкулезный диспансер для проведения ФЛГ						+		
Доставка в другое ЛПУ для проведения ФЛГ			+					+
Проведение DOTS терапии в наркологическом учреждении (свой кабинет DOTS терапии)		+						
Проведение микроскопии мазка с целью выявления ТВС								+
Направление на дообследование в противотуберкулезный диспансер	+	+	+	+	+	+	+	+
Направление на лечение ТВС в противотуберкулезный диспансер	+	+	+	+	+	+	+	+

Отличаются и действия наркологических учреждений в связи с гепатитами. Так, опрос показал, что только в Винницкой наркологической больнице производится диагностика гепатитов В и С с использованием быстрых тестов. В остальных регионах пациентов для диагностики гепатитов направляют в различные медицинские учреждения. В двух регионах таких пациентов направляют в центры СПИДа, а в пяти регионах в инфекционные больницы. Что касается лечения гепатитов В и С, то в 6и регионах пациенты направляются в инфекционные больницы, а в 2х регионах в центры СПИД. Использование центров СПИДа для обследования и лечения гепатитов руководители наркоучреждений объясняли хорошо налаженным взаимодействием с этими учреждениями. (Таблица 6)

Таблица 6 Формы взаимодействия наркологических учреждений в связи с гепатитами

	Черкасская область	Винницкая область	Черновицкая область	Ивано-Франковская	Херсонская	Полтавская область	Закарпатская область	Житомирская область
Проведение тестирования на гепатит В с использованием быстрых тестов		+						
Проведение тестирования на гепатит С с использованием быстрых тестов		+						
Направление в центр СПИДа на обследование на гепатит В							+	+
Направление в центр СПИДа на лечение гепатита В							+	+
Направление в центр СПИДа на обследование на гепатит С							+	+
Направление в центр СПИДа на лечение гепатита С							+	+
Направление на обследование на гепатит В в инфекционную больницу	+		+	+	+	+		
Направление на лечение гепатита В в инфекционную больницу	+	+	+	+	+	+		
Направление на обследование на гепатит С в инфекционную больницу	+		+	+	+	+		
Направление на лечение гепатита С в инфекционную больницу	+	+	+	+	+	+		

Центры интегрированной помощи

По результатам оценки, проведенной Международным благотворительным фондом "Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине"[4], в 2011 году в 35 (в 2010 году - 18[5]) лечебно-профилактических заведениях, где внедрено ЗПТ, объемы услуг больным туберкулезом, ВИЧ-инфекцией, инфекциями, которые передаются половым путем, а также по организации, при необходимости, перенаправления больных в другие профильные ЛПУ, внедрение проектов по снижению вреда и социального сопровождения с целью реабилитации и интеграции, отвечают требованиям, предъявляемым к центрам интегрированной помощи (ЦИП).

В 2009 году была проведена оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков в центрах интегрированной помощи, целью которого было изучить опыт внедрения интегрированной помощи и описать созданные модели предоставления интегрированных услуг[6]. Исследование проведено в 7 центрах интегрированной помощи, которые находились на базах лечебно-профилактических учреждений (СПИД-центры, многопрофильные учреждения, наркологические учреждения). В ходе исследования было проведено анкетирование 266 клиентов центров, 7 фокусных групп с общим количеством 49 человек, которые являлись персоналом мультидисциплинарных команд (врачи, медсестры, психологи, социальные работники) и 7 фокусных групп с 52 клиентами центров.

Анализ показал, что доступность услуг в центрах интегрированной помощи отличалась. К полному пакету услуг не приблизился ни один центр интегрированных услуг. На базе СПИД-центров предоставляется наиболее комплексный пакет услуг, однако, недостаточно консультации по наркологии - психиатрии. Противотуберкулезные препараты в центрах отсутствуют, что делает невозможным лечение ТВ на поддерживающих стадиях и профилактику изониазидом. Относительно многопрофильных учреждений, то на их базе выявлен достаточно полный спектр услуг. Полученные результаты свидетельствуют, что в этих центрах существует переадресация в СПИД-центры для получения АРТ. Однако, лечение ТБ оказалось доступным лишь в одном учреждении. В центрах интегрированной помощи на базах многопрофильных учреждений нет ограничений доступа в связи с ВИЧ - негативным, позитивным статусом. На базе наркологических учреждений спектр услуг оказался неполный, особенно лечение сопутствующих заболеваний. АРТ, лечение ТБ происходит по переадресации в профильные учреждения. Консультации специалистов в наркологических учреждениях организованы также по переадресации.

По данным исследования, независимо от профиля учреждения, большинство услуг предоставляется по потребности клиента, или соответственно медицинским показаниям. Полученные результаты исследования свидетельствуют, что наиболее значительным барьером для получения интегрированной помощи является отсутствие мотивации у сотрудников и руководителей, а также недостаточно знания нормативно - правовой базы и возможных вариантов предоставления помощи. В центрах интегрированной помощи врачи часто выполняют работу координатора.

Экономический анализ

Отдельного плана\потока финансирования наркологической службы в нашей стране не предусмотрено. Наркослужба финансируется как составная часть всей системы

[4] http://www.aidsalliance.org.ua

[5] По информации Украинского института исследований политики относительно общественного здоровья ссылки на пудликацию или интернет

[6] Исследование проведено Украинским институтом исследований политики относительно общественного здоровья при технической поддержке Всемирной организации здравоохранения.

здравоохранения, преимущественно из местных бюджетов. В последние годы финансирование всей системы здравоохранения происходило в условиях жесткой экономии бюджетных средств как из государственного, так и из местных бюджетов. Финансирование учреждений здравоохранения осуществлялось по следующим направлениям защищенных статей бюджета, а именно:

- выплата заработной платы;

- приобретение медикаментов, питания, оплата энергоносителей и коммунальных услуг;

- приобретение горюче-смазочных материалов, проведения текущих ремонтов оборудования и помещений лишь в объеме 15% объемов расходов.

В основном планирование расходов наркологической службы основывается на основе расходов на службу в предыдущем году с учетом, а чаще без учета, уровня инфляции, прогнозируемого на следующий год.

Следует отметить, что дополнительное финансирование на осуществление наркологической деятельности предусматривается принятием различных целевых программ. Однако, очень часто финансирование таких программ не осуществляется или осуществляется частично. Так, годовым объемом финансирования мероприятий по государственному бюджету на выполнение общегосударственной программы противодействия заболевания туберкулезом в 2010 году было предусмотрено 221105,81 тыс. грн., а фактически профинансировано 175780,80 тыс. грн., или 74%. Соответственно, по Программе профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом (Закон Украины, 2009), состоянием на 01.01.2011р., АРТ получало 22016 лица, из них за средства государственного бюджета - 18 994 человека (86,3%) и 3 022 (13,7%) - на средства ГФ в рамках программы "Поддержка профилактики ВИЧ и СПИД, лечение и присмотр для наиболее уязвимых слоев населения в Украине".

На финансирование Служб социально-профилактической работы с потребителями психоактивных веществ, в том числе ПИН, в течение 2010 года было выделено 2 149 856,54 грн.(что на 51% больше финансирования 2009 года), а именно: 976 130,52 грн. - из местных бюджетов и 1 173 726,02 грн. - внебюджетные средства. Такое значительное увеличение объемов финансирования обусловлено привлечением средств Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией с целью внедрения профилактической работы среди потребителей инъекционных наркотиков через сеть проекты социально-профилактической работы на базе выбранных НПО. Общие расходы системы здравоохранения на лечение наркологических больных в 2010 году составили 271,6 млн. гривен из местных бюджетов (в 2009 году расходы составили 211,9 млн. гривен). В среднем на наркологическую службу распределено 0,92% финансовых ресурсов от общих расходов из местного бюджета на всю систему здравоохранения области (в 2009 году - 0,88%). По сравнению с 2009 годом только в Донецкой области было выделено на наркологическую службу в 3 раза большее финансирование. Другие же области финансировались в основном в тех же объемах, на основе расходов предыдущего года с учетом уровня инфляции и увеличения заработной платы персонала. В некоторых областях - даже меньше, учитывая

экономическую рецессию в Украине (рисунок 2).

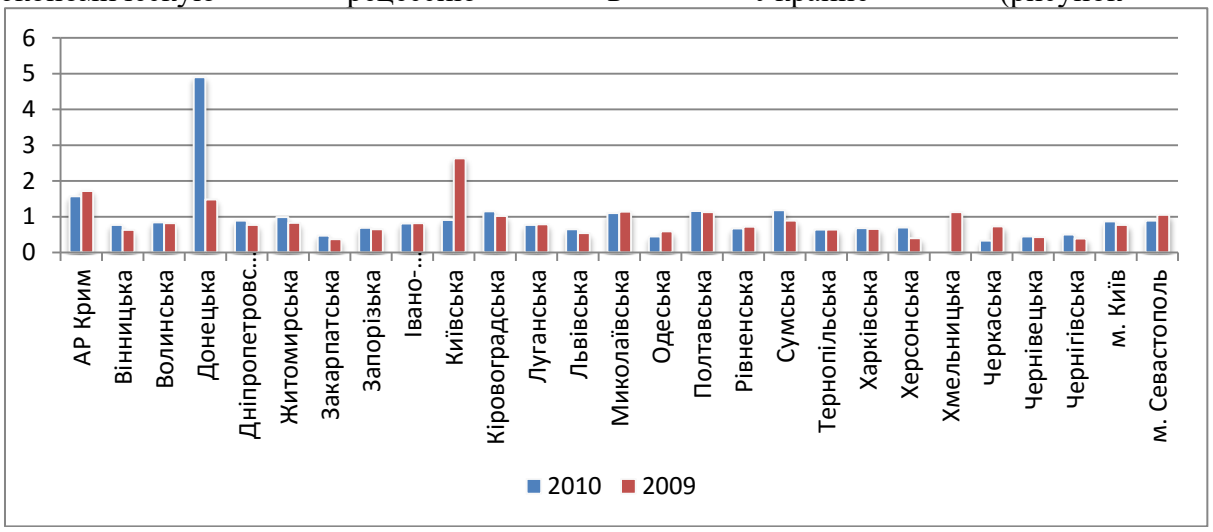

Рисунок 2. Процент средств, выделенных на финансирование наркологической службы, из местных бюджетов от общей суммы расходов на охрану здоровья областей.

При сравнении расходов на наркологическую службу в расчете на количество местного населения областей оказалось, что в большинстве областей общие расходы были увеличены за счет коэффициента инфляции и возможностей местного бюджета (рисунок 3.).

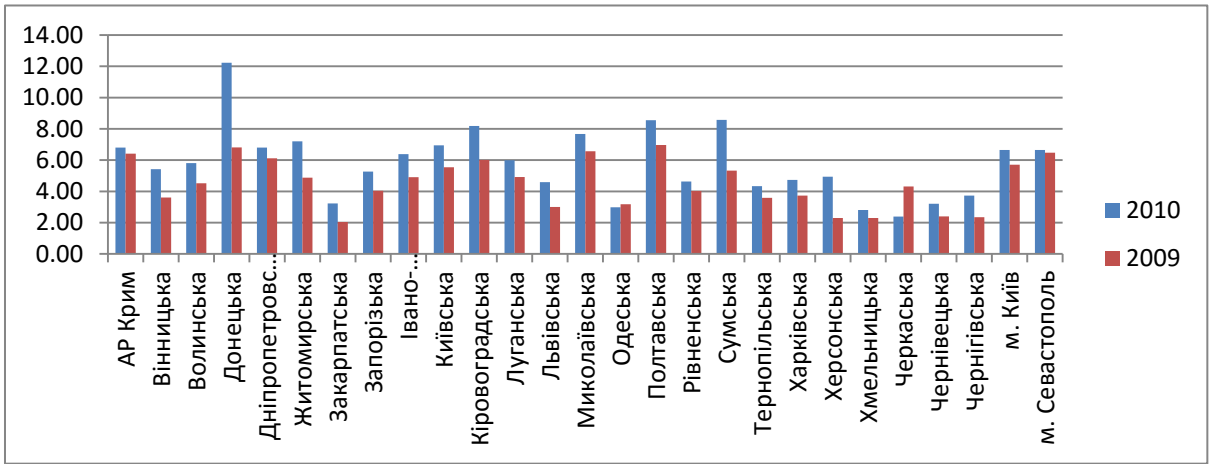

Рисунок 3. Расходы на наркологическую службу из расчета на количество местного населения (грн. на человека)

В среднем на одного наркологического больного выделено 114,6 гривни. Наибольшая сумма расходов складывала в Киевскую область - 272,6 гривни, а менее всего в Луганской, Черновицкой, Львовской и Ивано-Франковской областях (рисунок 4.).

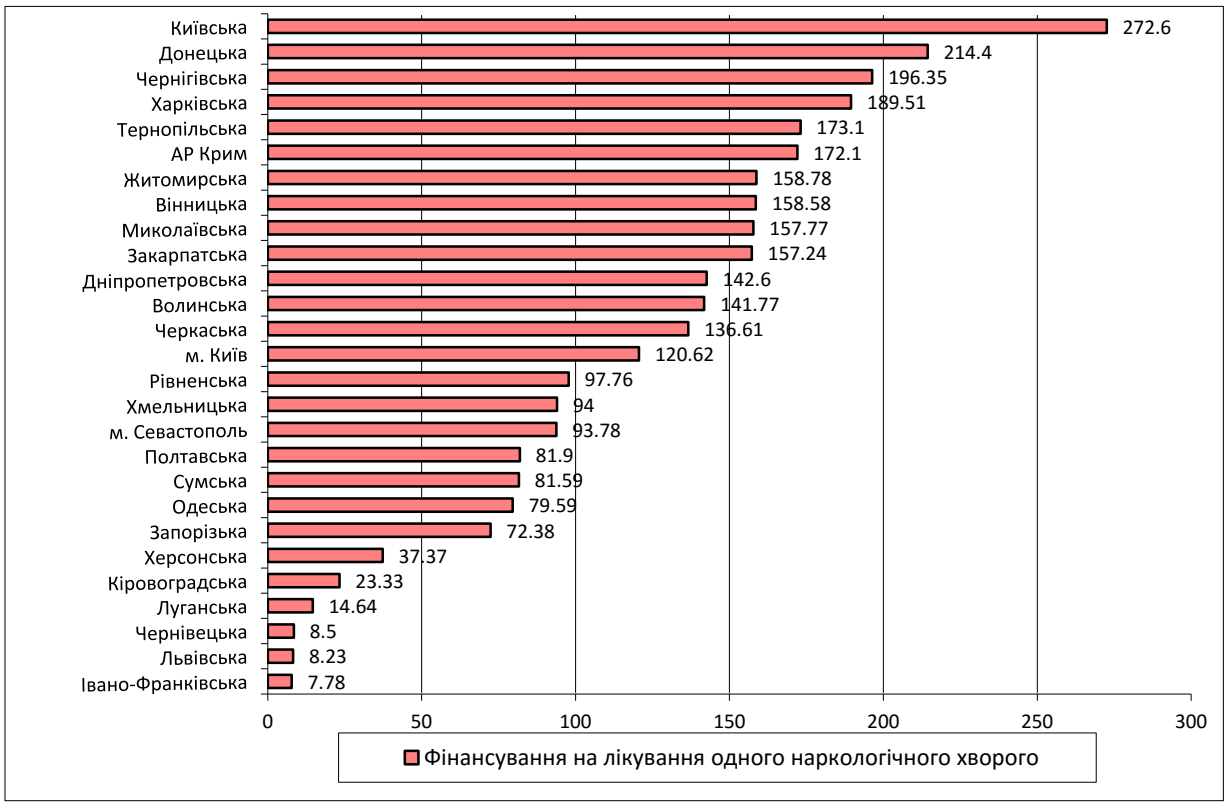

Рисунок 4. Финансирование на лечение одного наркологического больного из местного бюджета, 2010 год.

Существующие барьеры

Высокопороговость наркологической службы, являющаяся особенно актуальной для клиентов с низкой и неустойчивой мотивацией.

Низкий уровень предлагаемой помощи из-за использования методов лечения с сомнительной доказательной базой. Как результат – недоверие к такой помощи, как со стороны клиентов, так и персонала.

Медицинская помощь часто ограничивается только детоксикацией. Во многом это обусловлено отсутствием отлаженной системы мотивирования пациентов, низким уровнем подготовки персонала и низкой мотивацией персонала. Особенно актуален вопрос подготовки медицинских работников по смежным специальностям.

Низкое финансовое обеспечение отрасли, сильный ориентир персонала на материальную выгоду (пациент без денег никого не интересует).

Хотя внешне система переадресации, перенаправления и взаимодействия с другими медицинскими учреждениями выглядит нормативно урегулированной на практике, как показала оценка, такая переадрессацияя формальна, котроля эффективности нет и, зачастую, пациенты «не доходят» к врачу по направлению. Во многом это связано с выраженной вертикальностью медицинской службы и отсутствием заинтересованности врача в результате работы и контроле выполнения назначений.

Недостаточная информированность потребителей о существующих возможностях медицинской помощи. Недоверие к наркологическим учреждениям.

Дефицит медицинских работников – медицинских сестер и врачей – особенно с хорошим уровнем профессиональной подготовки. Ограничения по возможностям совмещать работу в бюджетных организациях.

Квоты на программы ЗПТ, которые устанавливаются Министерством здравоохранения Украины, недостаточно развитая инфраструктура программ ЗПТ, мало тренингов, высокопороговость программы.

Ограничение по выписке препаратов ЗПТ по рецепту. Как результат - ограниченность передвижений участников программы и боязнь привязаться к одному медицинскому учреждению.

Давление со стороны правоохранительных органов, как на участников программы, так и на персонал. Из-за этого пациенты боятся идти в программу, а персонал боится работать.

Очень сложная отчетность, приводящая к нежеланию заниматься этим видом деятельности со стороны врачей.

Недоверие к ЗПТ у медицинских работников, в том числе и работников наркологической службы.

Программы реабилитации в основном предоставляются неправительственными организациями, методики разрабатываются ими же, а контроль качества и катамнез не входят в зону ответственности предоставителей услуг. Такие программы стоят от 2000 долларов за месяц.

Отсутствие стандартов реабилитации наркобольных и системы оценки качества работы реабилитационных центров.

Отсутствие программ предотвращения передозировок.