

## **Звіт про прогрес впровадження інтегрованих послуг для СІН з супутньою патологією в Україні**

Епідемія ВІЛ-інфекції, туберкульозу в Україні залишається досить високою в групах високого ризику і насамперед серед споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН) (*Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, 2009; ВООЗ, 2009; UNAIDS, 2008*).

У СІН, особливо у ВІЛ-інфікованих, виникають труднощі з отриманням необхідних медичних та психо-соціальних послуг, які пов'язані з :

1. поширеною стигматизацією, дискримінацією цієї групи в закладах охорони здоров'я
2. великою потребою в різноманітних послугах
3. вузькою спеціалізацією більшості медичних фахівців
4. невеликою кількістю медичних закладів, які можуть надавати комплексні або інтегровані послуги даній категорії хворих
5. недостатньою кількістю кваліфікованих фахівців та штатних одиниць в лікувально-профілактичних закладах (ЛПЗ)
6. законодавчими обмеженнями щодо надання деяких медичних послуг лікарями непрофільних спеціальностей згідно:
  - Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.09.96 р. N 291 ( z0696-96 ), зареєстрованим у Мін'юсті України 03.12.96 р. за N 696/1721, спеціалізація (інтернатура) є обов'язковою формою післядипломної підготовки випускників усіх факультетів вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів університетів, незалежно від підпорядкування та форми власності, після закінчення якої їм присвоюється кваліфікація лікаря (провізора) - спеціаліста з конкретної спеціальності та видається сертифікат установленого зразка.
  - довідника кваліфікаційних характеристик медичних професій, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 29.03.2002 №117 , в якому чітко розписані завдання та обов'язки, кваліфікаційні вимоги до кожної спеціальності.
  - стандартів, протоколу надання медичної допомоги.

На сьогодні в Україні існуюча система надання медичних послуг не сприяє ефективному лікуванню пацієнтів з поєднаною патологією (ВІЛ, ТБ, наркозалежність від опіоїдів), тому що вони вимушені регулярно відвідувати кілька спеціалізованих медичних служб, а належне лікування і догляд ніким не координуються, тому що кожний лікар відповідає за "свою" патологію.

Відомо, що основною причиною смерті 60 % хворих на СНІД, передусім СІН, став туберкульоз, що вказує на проблеми СНІД-асоційованого туберкульозу (*Global Tuberculosis Control, WHO Report, 2008; Національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України, Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом, 2009*). Але не дивлячись на це, в Україні СІН з поєднаною патологією ВІЛ + ТБ мають низький доступ до АРТ (*ВООЗ, 2009 Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам МОЗ України, Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, 2009, Altice FL, 2009*). Слід, також, зазначити, що активне споживання наркотиків впливає на доступність лікування, прихильність до нього та утримання в терапевтичній програмі.

В останній час багато досліджень довели, що найкращим для лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, наркотичної залежності від опіоїдів є інтегрований підхід, який передбачає координоване надання широкого спектру лікувальних, соціально-психологічних та профілактичних заходів.

(*ВООЗ, 2008, UNAIDS, 2008, Basu S, Smith-Rohrberg D, 2006, <http://www.uiphp.org.ua/ua/resursnyicenterip/publikatsi>*)

**«Інтеграція** - це комплекс методик та моделей на фінансовому, адміністративному, організаційному та клінічному рівнях, які забезпечують погодженість, послідовність та співробітництво між та всередині лікувального та соціального секторів. Метою цих методик та моделей є поліпшення якості послуг і якості життя, підвищення ефективності допомоги пацієнтам зі складними, хронічними проблемами, які торкаються багатьох сфер життя». (*Коднер і Шпрейвенбер*).

#### **Цілями такого підходу являються:**

- збільшення виявляємості ВІЛ-інфекції та туберкульозу;
- залучення пацієнтів в замісну підтримуючу терапію (ЗПТ)
- підвищення прихильності до лікування;
- підвищення доступності до послуг
- підвищення ефективності лікування в цілому
- підвищення ефективності затрат
- підвищення профілактичних заходів
- контроль над терапією яка проводиться

#### **Основними ключовими аспектами інтегрованого підходу являються:**

- сумісне розташування програм, що зручно для пацієнта
- перехресне навчання лікарів загальної практики та вузьких спеціалістів
- забезпечення ефективної терапії наркотичної залежності, в тому числі і медикаментозну
- забезпечення моніторингу побічних взаємодій ліків і небажаних побічних явищ

СІН відносяться до тієї категорії пацієнтів, які не займаються своїм здоров'ям, а саме: не обстежуються, рідко звертаються до лікарів і як результат не знають

про свій ВІЛ-статус або туберкульоз, а якщо і знають, то не мають прихильності до лікування.

Згідно стратегії ВООЗ, без лікування залежності, в тому числі проведення ЗПТ, практично неможливо досягти дотримання режиму антиретровірусної терапії (АРТ), прийому протитуберкульозних препаратів СН.

Станом на 15 березня 2010 року в Україні, за підтримки Глобального Фонду Боротьби з СНІД, Туберкульозом та Малярією, Агентства США з Міжнародного Розвитку (через МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні") та МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона», 5281 пацієнтів отримують ЗПТ із застосуванням бупренорфіну та метадону, з них 2321 ВІЛ-інфіковані, 600-отримують АРТ терапію, 296-готуються до АРТ, 806-хворі на туберкульоз. Тому, на етапі широкомасштабного впровадження ЗПТ в умовах високоспеціалізованої системи охорони здоров'я в Україні все більш актуальною стала потреба впровадження інтегрованого підходу для підвищення ефективності допомоги пацієнтам з подвійною, потрійною патологією (ВІЛ, ТБ, наркозалежність) в саме тих ЛПЗ, які мають на своїй базі програму ЗПТ. ЗПТ-являється одним із вагомих мотиваційних факторів щоденного відвідування ЛПЗ з метою отримання замісного препарату і наряду з цим обстеження та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, інших захворювань, а також для отримання соціально-психологічної допомоги. (ВООЗ, 2009, Bruce RD, Altice FL, 2007).

Всі ці заходи дозволять покращити якість життя даної категорії пацієнтів і залучити їх до профілактичних заходів відносно ризикованої поведінки.

Для ефективного лікування та скринінгу соціально небезпечних захворювань серед СН слід намагатися сконцентрувати в одному ЛПЗ якомога більше медичних та психо-соціальних послуг для своєчасного усунення побічних явищ від поєднання ліків, контролю виконання усіх медичних призначень та лікування патологічних станів пацієнта в цілому.

Пакет послуг центрів інтегрованої допомоги (ЦІД) може містити в собі обов'язкові та додаткові послуги і може розширюватися згідно потреб клієнтів.

### **Повний спектр послуг ЦІД передбачає:**

1. Діагностика та лікування психічних розладів, в тому числі метадон ЗПТ
2. Діагностика, лікування та профілактика ВІЛ
3. Діагностика, лікування та профілактика вірусних гепатитів
4. Діагностика, лікування та профілактика туберкульозу
5. Діагностика, лікування та профілактика інфекцій які передаються статевим шляхом (ІПСШ)

6. Послуги в сфері репродуктивного здоров'я
7. Діагностика та лікування інших часто зустрічаємих захворювань
8. Програми зниження шкоди від вживання наркотиків
9. Соціально-психологічна допомога

Повний пакет послуг рідко може бути доступним в рамках одного закладу, тому решта послуг, які не входять в спеціалізацію такого закладу можуть бути надані запрошеними консультантами чи за допомоги структурної переадресації.

Ключовою умовою роботи програми інтегрованої допомоги є мультидисциплінарний підхід, який забезпечує комплексне ведення сумісної патології одним лікарем, який має декілька спеціалізацій або командою фахівців в тісній співпраці. Психосоціальні послуги також забезпечуються при співпраці лікарів та соціальних працівників.

ЛПЗ, які мають можливості сконцентрувати більшість медичних і соціальних послуг під «одним дахом», насамперед скринінг, лікування та профілактику таких важливих захворювань як наркозалежність від опіоїдів (програми ЗПТ), ВІЛ-інфекція, туберкульоз -, називаються ЦІД з повною інтеграцією. Якщо більшість послуг в ЛПЗ надаються при допомозі структурованої переадресації, а тільки деякі послуги, виключно профільні, на базі цього ЛПЗ, то такий ЦІД має часткову інтеграцію.

### **Початок впровадження інтегрованого підходу для СІН з супутніми захворюваннями.**

В Україні з 2004 року почалися розвиватися програми ЗПТ з використанням бупренорфіну, а з 2008 року почали використовувати і метадон. Саме з цього часу з'явилася в Україні можливість збільшити кількість пацієнтів в програмах ЗПТ. Однак, доступ до АРТ у пацієнтів з залежністю від опіоїдів, до яких відносяться більшість ВІЛ-інфікованих в Україні, залишається обмеженим. Тому було прийнято рішення, що потрібно використати досвід країн, які впровадили в своїх ЛПЗ програму ЗПТ, модель надання інтегрованих послуг для СІН з супутньою патологією. Розуміючи те, що не всі ЛПЗ, які впроваджують на своїй базі ЗПТ, мають можливість надання повного пакету послуг СІН, експертною радою по ЗПТ був визначений мінімальний пакет послуг, який повинен забезпечувати ЛПЗ, щоб отримувати підтримку як ЦІД.

## **Мінімальний пакет послуг складається з :**

1. Призначення і видача ЗПТ (метадон, бупренорфін)
2. Тестування на ВІЛ, консультування
3. Загальний терапевтичний супровід (консультування профільними спеціалістами)
4. Інформування з питань ВІЛ/СНІД и стосовно інших доступних послуг, включно з програмами реабілітації
5. Елементи програм зниження ризику інфікування ВІЛ.

Для того, щоб розуміти які заклади могли б впроваджувати інтегровані послуги для СІН, робочою групою з інтегрованої допомоги, в яку входили представники Бюро ВООЗ в Україні, МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона», Українського інституту політики щодо громадського здоров'я», ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» , на початку 2008 року була розроблена анкета для оцінки готовності закладів для надання комплексних послуг СІН з супутньою патологією залежність-ТБ-ВІЛ. Саме цей документ сформулював вперше в Україні критерії та принципи інтегрованого підходу.

В липні 2008 року, за допомогою анкети була проведена оцінка можливостей 7 ЛПЗ для впровадження інтегрованої допомоги пацієнтами з опіоїдною залежністю:

- СНІД-центр (міська клінічна лікарня №21), м. Дніпропетровськ (ДМКЛ);
- Міська поліклініка №5, м. Дніпропетровськ (ДМП);
- ПНД, м. Кривий Ріг (ПНД1);
- ПНД №7, м. Кривий Ріг (ПНД2);
- Миколаївська ЦРЛ, м. Миколаїв (МЦРЛ);
- Обласний наркологічний диспансер, м. Одеса (ООНД);
- СНІД-центр (міська клінічна лікарня №5), м. Київ (Київ).

Анкету заповнював незалежний експерт в процесі співбесіди з координатором сайту ЗПТ з участю інших співробітників проекту. Після

заповнення анкети та її аналізу надавалися рекомендації стосовно послуг, які необхідно додати або змінити в ЛПЗ (на сайті).

Впровадження інтегрованих послуг було здійснено за рахунок фінансової та методичної підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» і МБФ «Фонд Вільяма Дж.Клінтона».

У грудні 2009 року учасниками робочої групи було прийняте рішення оцінити прогрес впровадження інтегрованих послуг в відібраних ЛПЗ. Було розроблено план та інструменти дослідження і у березні 2009 року співробітниками Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я при технічній підтримці ВООЗ було проведена оцінка прогресу впровадження.

**При допомозі розроблених інструментів дослідження було оцінено :**

- перелік послуг в ЛПЗ для СНІ,
- частоту їх надання,
- пріоритетність послуг,
- бар'єри при впровадженні послуг.

Більшість послуг в ЦІД надаються при потребі клієнта або згідно медичних показів.

**На основі даних фокус-груп з пацієнтами було визначені пріоритетні послуги в ЦІД:**

- ЗПТ
- консультація інфекціоніста
- консультація фтизіатра
- консультація психіатра
- дослідження на ВІЛ-інфекцію СД4, вірусне навантаження
- рентгенографія
- стоматологічна допомога
- консультація хірурга
- призначення та видача ВААРТ
- соціально-психологічні послуги
- консультація юриста та юридичний супровід

Безсумнівно, що більшість цих послуг є важливою для багатьох людей і не тільки СНІ, але враховуючи те, що основним завданням ЦІД є об'єднання зусиль наркологічної, протитуберкульозної служби, СНІД-центру, для подолання і контролювання епідемії ВІЛ/СНІД та туберкульозу, необхідно намагатися об'єднати на базі одного ЛПЗ послуги саме з проблем наркозалежності, ВІЛ-інфекції, туберкульозу та психосоціальної допомоги.

В ході проведення фокус-груп и анонімного анкетування було визначено, що всі пацієнти, які отримують відповідну допомогу в ЦІД, задоволені такою моделлю надання медико-соціальної допомоги, тому що більшість з них не мала раніше можливості лікуватися, обстежуватися без труднощів і перешкод.

Багато пацієнтів і їх сімей підвищили якість свого життя, знайшли роботу, зайнялися своїм здоров'ям і т.д.

Дослідження показало, що доступність послуг в ЦІД відрізнялася і це залежало в більшій мірі від профілю закладу в якому знаходився ЦІД.

### Були визначені наступні моделі ЦІД:

- На базі СНІД-центрів :
  - Найбільш повний спектр послуг
    - Недостатньо послуг/консультацій з наркології-психіатрії
    - Протитуберкульозні препарати в ЦІД недоступні, що робить неможливим лікування ТБ в підтримуючій стадії
    - Доступ для ВІЛ-негативних осіб обмежений в зв'язку з профілем закладу
- На базі багатопрофільних закладів
  - Досить повний перелік послуг в ЦІД, але:
    - Переадресація в СНІД-центри для отримання АРТ
    - Лікування ТБ лише в обмеженій кількості закладів
  - Не має обмеження доступу в зв'язку з ВІЛ-статусом або без
- На базі наркологічних закладів
  - Спектр послуг неповний, особливо лікування супутніх захворювань
    - АРТ, ТБ лікування – по переадресації в профільні заклади
    - консультації фахівців в основному по переадресації.

Аналізуючи моделі ЦІД, ми бачимо, що існують певні складнощі з якістю надання інтегрованих послуг СІН з супутніми хворобами у більшості ЛПЗ, які на своїй базі впроваджують ЗПТ і це пов'язано з тим, що всі діючі програми ЗПТ в Україні, переважно, виконуються у державних наркологічних диспансерах. Наркологічні диспансери мають вузьку спеціалізацію і їх стиль роботи, що склався історично, певним чином обмежує перелік послуг з підтримки, які необхідні для залучення та утримання пацієнтів. Рівень інтеграції ЗПТ з наданням інших видів медичної допомоги, особливо тих, що доступні на базі високо спеціалізованих медичних установ, як-то установ служби СНІДу, туберкульозу, багатопрофільних ЛПЗ, також досить низький. Жодна модель ЦІД не об'єднала під «одним дахом» у повному обсязі такі важливі послуги як :

- ЗПТ
- Діагностика ВІЛ/СНІД, туберкульозу
- Призначення та видача АРТ, протитуберкульозних препаратів

Згідно протоколу ВООЗ для країн СНД «Надання допомоги і лікування при ВІЛ-інфекції та СНІД» ті заклади, які впроваджують ЗПТ повинні організувати

на своїй базі діагностику, лікування ВІЛ-інфекції і видачу відповідних препаратів своїм пацієнтам.

При такому підході досягається максимальний рівень контролю над АРТ, необхідний для підвищення її ефективності та скорочення ризику появи стійких штамів ВІЛ. Це все можна сказати і про діагностику та лікування туберкульозу. Крім того, територіальне суміщення служб, які надають наркологічну допомогу, протитуберкульозне лікування та АРТ, полегшує корекцію лікування, яка необхідна при взаємодії метадона, АРТ та протитуберкульозних препаратів.

В Україні організація і забезпечення послуг з лікування ВІЛ-інфекції та видачі відповідних препаратів (АРТ) поза межами служби СНІД є непростим завданням і передбачає **наступні моменти**:

- Політичну волю;
- Фінансові ресурси;
- Структуру служби по організації і впровадженню АРТ;
- Кадровий потенціал;
- Вільний доступ до АРВ-препаратів;
- Прості стандартизовані методи лікування;
- Комплексність надання послуг;
- Безкоштовний, добровільний доступ до консультування та тестування на ВІЛ

( *Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом МОЗ України, 2009, [stop-aids.gov.ua/attachments](http://stop-aids.gov.ua/attachments)* )

Не дивлячись на велику кількість складових, в вирішенні цього питання, слід підкреслити, що децентралізація діагностики, лікування ВІЛ-інфекції є надзвичайно корисною для пацієнтів та суттєво підвищує їх доступність та ефективність.

Для визначення як впровадити інтегрований підхід в лікуванні СНІ з супутніми захворюваннями в ЛПЗ України, організаціями, які займаються вирішенням цього питання, було проведено низку круглих столів, семінарів, тренінгів з залученням вітчизняних та зарубіжних фахівців в цій області. В роботі цих заходів та навчанні прийняли участь керівники ЛПЗ, які на своїй базі впроваджують інтегровані послуги СНІ, лікарі-наркологи, фтизіатри, інфекціоністи, соціальні працівники, які входять до складу МДК ЦІД. При обговорюванні питань, стосовно надання і впровадження інтегрованих послуг виникла пропозиція щодо написання посібника з питань впровадження інтегрованих послуг в ЛПЗ для СНІ з супутньою патологією в умовах чинних нормативів МОЗ України і цей посібник знаходиться на стадії фіналізації.

При Українському інституті досліджень щодо політики громадського здоров'я створено «Інформаційний центр з питань надання інтегрованих послуг СНІ», ресурси якого, доступні на сайті УІДПГЗ і вони дають змогу отримувати певні знання і новини з питань інтеграції фахівцям і

керівникам ЛПЗ, які впроваджують цей підхід (<http://www.uiphp.org.ua/ua/resursnyicenterip>).

На сьогоднішній день в Україні існує більше 200 центрів на базі непрофільних закладів, які здійснюють діагностику та видачу АРТ. Більшість, уже існуючих центрів інтегрованої допомоги (ЦІД) на своїй базі вже впроваджують послуги та компоненти послуг, які вони раніше не надавали.

Слід підкреслити, що в Україні, згідно положення про спеціалізацію, протоколів і стандартів надання медичної допомоги, ведення ВІЛ-інфікованих, наркозалежних, хворих на туберкульоз може здійснювати тільки лікар, який пройшов відповідну підготовку. Медична сестра також повинна бути підготовлена встановленим чином.

Оптимальною формою ведення пацієнтів з поєднаною патологією є створення мультидисциплінарної команди (МДК) із залученням різних фахівців, які працюють скоординовано над наданням послуг одному й тому ж клієнтові і в такий спосіб забезпечують комплексність допомоги. Для досягнення єдиної мети спільно приймають рішення та відкрито обговорюють всі сильні та слабкі місця. В такій команді чітко розподілені ролі та функціональні обов'язки, всі несуть команду та індивідуальну відповідальність.

Кількісний склад команди визначається мінімальним стандартом якості надання соціальних послуг та штатним розкладом центру, служби, при яких вона створюється.

### **Мультидисциплінарна команда повинна включати в себе:**

- сертифікованого лікаря-нарколога (або іншого лікаря, який пройшов спеціальну підготовку);
- сертифікованого лікаря-інфекціоніста, який володіє навичками організації медичної допомоги та динамічного спостереження за ВІЛ-інфікованими і хворими на СНІД;
- сертифікованого лікаря-фтизіатра, який співпрацює з Центром СНІД та обізнаний з особливостями перебігу туберкульозного процесу у ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД;
- середній медичний персонал;
- соціального працівника та психолога або консультанта з проблем хімічної залежності.

До складу такої команди, якщо клієнти потребують інших послуг, можуть залучатися й інші фахівці, які пройшли спеціальну підготовку до певної форми роботи та мають відповідні документи про набуту спеціалізацію.

**Кваліфікація** (згідно стандарту надання медичної допомоги та кваліфікаційних вимог до кожної спеціальності затвердженого наказом МОЗ України)

Соціальний супровід здійснюється соціальними працівниками, які мають відповідну фахову підготовку, необхідні знання та навички, і постійно підвищують свою кваліфікацію.

До надання послуг залучаються фахівці (медичні працівники):

- лікар (вища медична освіта, сертифікат спеціаліста, посвідчення про наявність кваліфікаційної категорії);
- соціальний працівник (бакалавр, магістр соціальної роботи);
- психолог (бакалавр, спеціаліст);
- медична сестра (середня спеціальна медична освіта, бакалавр).

Відповідність спеціальним кваліфікаціям може засвідчуватись:

дипломом державного зразка про освіту;

сертифікатом, виданим вищими навчальними закладами, закладами післядипломної освіти III-IV рівнів акредитації;

посвідченням про присвоєння (підтвердження) відповідної кваліфікаційної категорії за спеціальністю;

свідоцтвом про проходження підвищення кваліфікації та перепідготовки працівників;

трудовою книжкою.

Персонал, який входить до складу мультидисциплінарної команди, проходить обов'язкову додаткову спеціальну підготовку для роботи з клієнтами з потрійним діагнозом.

### **Навчання персоналу**

Члени мультидисциплінарної команди постійно підвищують кваліфікацію та проходять навчання відповідно до чинного законодавства.

Надавач розробляє плани розвитку та навчання персоналу, що формується на підставі аналізу навчальних потреб кожного працівника.

Весь персонал проходить навчання з техніки безпеки та охорони праці.

Усі працівники проходять ознайомлювальне навчання на робочому місці з підтримкою наставника упродовж 2-х тижнів перед початком самостійної роботи.

Усі працівники відвідують відповідні тренінги та навчальні заходи:

1. Тренінги з питань медикаментозного лікування опіоїдної залежності (наприклад, за допомогою метадону) для лікарів, медсестер та фахівців з психосоціальної підтримки.
2. Семінари з обміну досвідом роботи в програмах ЗПТ.
3. Круглі столи, семінари з питань надання медико-соціальної допомоги СІН.
4. Навчання на курсах підвищення кваліфікації 1 раз на 5 років.

Записи про навчання працівників заносять до їхніх особових справ.

В своїй роботі члени мультидисциплінарної команди керуються:

посадовими інструкціями з визначеними посадовими обов'язками та кваліфікаційними вимогами;

етичним кодексом працівника та неухильно його дотримуються;

нормативними, законодавчими і правовими положеннями та актами, необхідними для виконання службових обов'язків.

### **Висновки стосовно ситуації по впровадженню інтегрованих послуг СІН з супутньою патологією в Україні.**

1. Оскільки центри СНІДу та багатопрофільні лікарні мають в своїй структурі достатньо широкий арсенал фахівців різного профілю, методів лікування та діагностики, організація ЦІД на базі таких ЛПЗ є найменш затратною з фінансової та адміністративної сторони. Цим закладам повинен надаватися пріоритет при розвитку ЦІД в умовах обмеженого фінансування.
2. Впровадження і об'єднання послуг з лікування наркозалежності, клінічного моніторингу ВІЛ-інфекції, лікування та діагностики туберкульозу в ЛПЗ потребує значних адміністративних зусиль і матеріально-технічної бази. Більш значним бар'єром є відсутність мотивації у співробітників і керівників ЛПЗ на пошук і впровадження більш ефективних (в тому числі фінансових) шляхів надання послуг, а також недостатні знання нормативно-правової бази и можливих варіантів надання допомоги. Послуги інших фахівців закладу (які не входять в склад МДК) не адаптуються для надання послуг пацієнтам ЦІД і їх доступність залишається низькою. Тому, необхідно

переходити на таку систему фінансування, яка буде враховувати фактичний спектр, кількість та якість послуг які надаються.

3. Порівнюючи статистичні данні з усіх ЛПЗ, які впроваджують ЗПТ, можна сказати, що можливо найбільш реальним та фінансово можливим і обґрунтованим є впровадження діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу на підтримуючій стадії (ДОТ-ТБ) та інших додаткових послуг в тих наркологічних диспансерах, які надають ЗПТ більше 100 чоловік і мають серед своїх пацієнтів не менше 30-40 % хворих на ВІЛ-інфекцію та неактивний туберкульоз, що дасть змогу аргументувати головному лікарю введення або перепрофілювання тієї чи іншої штатної одиниці в своєму ЛПЗ при допомозі наступних варіантів:

Варіант (а) - Введення нової посади понад наявне штатне забезпечення закладу

- Наказ управління охорони здоров'я ОДА (інший розпорядчий документ: розпорядження голови ОДА, рішення сесії ради – в залежності від рівня делегування повноважень в регіоні органам виконавчої влади) про розширення функцій (зони обслуговування і т.д.) ЗОЗ.
- Внесення змін в статутні документи ЗОЗ з визначенням розширення функцій (зони обслуговування, завдань) закладу
- Узгодження введення нової посади з вимогами регламентуючих наказів МОЗ по штатному забезпеченню ЗОЗ (наказ МОЗ №33 від 23.02.2000р. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», наказ МОЗ №122 від 12.03.2008р. «Про внесення змін до наказу МОЗ від 23.02.2000р №33) з урахуванням внесених змін в установчі документи закладу
- Подання в вищестоящий орган управління на розширення кількості лікарських посад в штатному розкладі закладу по одному з варіантів: - за рахунок перерозподілу в межах визначеної кількості посад галузі на території обслуговування (компетенція управління охорони здоров'я ОДА в межах делегованих повноважень)
- за рахунок розширення штатної чисельності працівників галузі на території обслуговування (компетенція сесії ради з подання вищестоящого органу управління, наприклад: управління охорони здоров'я)

Варіант (b) - Перепрофілювання посади в межах наявного штатного розпису

- Перепрофілювання посади наказом керівника закладу в межах наявного штатного розпису (в випадку Центру СНІДу: згідно положень наказу №33 МОЗ України розподіл посад за окремими спеціальностями здійснюється керівником закладу в межах зазначеного нормативу).

Варіант (c) - Введення (перепрофілювання) долі посади для лікаря за сумісництвом (зовнішній сумісник)

- Аналогічно до попереднього пункту.

Варіант (d) - Організація робочого місця для лікаря з іншого закладу у певні години за договором між ЛПЗ

- Укладання договору про відробку робочого часу лікарем-спеціалістом іншого ЗОЗ на робочому місці в закладі (табелювання та оплата праці проводиться за основним місцем роботи)
- Створення умов для роботи лікаря згідно договору (приміщення, обладнання і устаткування згідно таблицю оснащення) у визначені години роботи лікаря-спеціаліста

Варіант (e) - Додаткове навчання наявного лікаря іншої спеціальності (якщо допускається по кваліфікаційним характеристикам первинної спеціальності)

- Спеціалізація з отриманням відповідного посвідчення (наприклад, для лікаря-терапевта спеціалізація по інфекційним хворобам)
- тематичне удосконалення (наприклад «Вірусні гепатити» для лікарів-терапевтів, гастроентерологів, сімейних лікарів і т.д.)

Варіант (f) - Використання посади, що існує (зміна функціональних обов'язків)

- введення додатково в функціональні обов'язки при наявності недовиконання навантаження на лікарську посаду лікарем-спеціалістом закладу
- розширення зони обслуговування з наданням відповідної доплати в межах кошторисних призначень на оплату праці (згідно спільного Наказу МОЗ України і Міністерства праці та соціальної політики України від 05.10.05. №308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту»).

- a. Залучення зовнішнього консультанта по трудовій угоді (договір ЦПХ).

Варіант (g) - Виклик по сан авіації (для стаціонарних та амбулаторних хворих)

4. Оскільки в Україні залишається високим відсоток смертності серед СІН із СНІД-асоційованим туберкульозом, пов'язаний з обмеженим доступом цієї категорії пацієнтів до своєчасного призначення АРТ, необхідно керівникам обласних відділів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій прийняти відповідні міри щодо вирішення цієї проблеми і забезпечити доступ цієї категорії пацієнтів до своєчасного лікування АРТ.
5. Для більш ефективного надання послуг СІН суміжними спеціалістами необхідно щоб лікарі могли отримувати і закріплювати свої знання за допомогою безперервного професійного розвитку:
  - Навчання на тренінгах з питань інтегрованої допомоги СІН з подвійним, потрійним діагнозом
  - Учасі у роботі семінарів, круглих столів
  - Ознайомлення з науковими публікаціями, статтями, розробками в цій галузі тощо.
6. Для розвитку національних стратегій, направлених на інтеграцію, потребуються великі ресурси і політична воля відповідальних осіб. Без підтримки чи відповідних реформ МОЗ України зміни в системі інтеграції для даної категорії пацієнтів можуть не відбутися.
- Необхідно реформувати систему лікарень таким чином, щоб кожен сертифікований ЛПЗ мав право надавати пацієнтам ЗПТ, тому що саме відсутність можливості багатьох лікарень надавати ЗПТ призводить до того, що пацієнти не можуть отримувати відповідне лікування в цих лікарнях (частіше це лікарні терапевтичного профілю). У випадках, коли пацієнти переводяться на лікування з наркологічних установ, де вони отримували ЗПТ вони або не дотримуються режиму, через необхідність отримувати замісний препарат, або припиняють ЗПТ і переходять на нелегальні наркотики, що призводить до поширення ВІЛ-інфекції, туберкульозу в суспільстві.
- До процесів реформування медичної освіти (особливо у питаннях лікування ВІЛ, туберкульозу та наркотичної залежності) необхідно залучати національних та міжнародних експертів.
- Згідно даних міжнародних експертів, раннє призначення АРТ у хворих на ТБ/ВІЛ знижує серед них відсоток смертності. (Altice FL, Yale University)). Тому, потрібно переглянути національний клінічний протокол з АРТ, який регламентує терміни призначення АРТ у такої категорії пацієнтів.

**7. Інтегрований підхід - є найкращою моделлю надання медико-соціальної допомоги такій категорії пацієнтів як СІН з супутніми захворюваннями, яка дозволяє покращити їм якість життя, залучити до профілактичних заходів відносно ризикованої поведінки, а країні взяти під контроль епідемію ВІЛ/СНІД, туберкульоз.**