

Украина: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию

Февраль-апрель 2020 года

Сергей Дворяк

Александр Зезюлин

Выражение благодарности

Подготовка настоящего анализа была инициирована и финансирована Международным фондом «Возрождение». Работа проводилась с использованием *«Руководства по проведению оценки в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию* **Оценка устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО)**», подготовленного Евразийской ассоциацией снижения вреда.

Цель руководства - оценка прогресса в достижении устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО) в Украине в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию. Руководство было разработано ЕАСВ на основе предыдущих рамочных концепций, а также опыта проведения оценки устойчивости и готовности к переходу от донорской поддержки к национальному финансированию в сферах ВИЧ, туберкулеза, малярии и снижения вреда. Рамочные концепции в значительной степени опираются на международную политику и программные рекомендации, касающиеся поддерживающей терапии агонистами опиоидов.

Авторы настоящего отчета выражают благодарность участникам программы ПТАО в Украине и группе национальных экспертов: **А. Басенко, В. Власенко, К. Думчеву, И. Иванчук, Т. Кирьязовой, П. Куцеву, И. Пыкало** и другим, чья информация, критические замечания, мнения и рекомендации внесли существенный вклад в подготовку отчета и легли в основу анализа устойчивости программ ПТАО в Украине.

Финансовая поддержка:

Финансовая поддержка для проведения анализа устойчивости программ ПТАО в Украине была предоставлена МФ «Відродження».

Рекомендуемый формат цитирования:

Сергей Дворяк, Александр Зезюлин. Украина: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию. Киев, Украина: Международный фонд «Відродження», 2020.

Публикация доступна на сайте <https://www.irf.ua/publications/>

Контактное лицо:

Профессор Сергей Дворяк, д.мед.наук, главный исследователь Украинского Института Политики Общественного Здоровья dvoryak@uiphp.org.ua

Содержание

Выражение благодарности.....	2
Список сокращений	4
Резюме.....	6
Выводы	8
1. Контекст.....	14
2. Цель и методология.....	18
3. Основные результаты: Политика и управление.....	20
3.1. Обзор ситуации с устойчивостью.....	20
3.2. Политические обязательства	22
3.3. Подготовка кадров	27
3.4. Прогресс	28
3.5. Барьеры и вызовы.....	30
3.6. Влияние перехода.....	35
3.7. Возможности и дальнейшие шаги.....	36
4. Финансы и другие ресурсы	37
4.1. Обзор ситуации с устойчивостью.....	38
4.2. Препараты	39
4.3. Финансовые ресурсы	43
4.4. Человеческие ресурсы.....	45
4.5. Доказательная база и информационные системы	47
5. Услуги	49
5.2. Наличие и охват	50
5.3. Доступность.....	58
5.4. Качество и интеграция.....	60
6. Рекомендации.....	64
Приложения	68
Список литературы.....	74

Список сокращений

АОЗ – «Альянс общественного здоровья»

АРТ – антиретровирусная терапия

БО – благотворительная организация

ВГС – вирусный гепатит С

ВЕЦА – Восточная Европа и Центральная Азия

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГКИСУ – Государственная криминально-исполнительная служба Украины

ГФ – Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (также – Глобальный фонд)

ГЭЦ – Государственный экспертный центр

ДЗ – Департамент здравоохранения

ЕАСВ – Евразийская ассоциация снижения вреда

ЗПТ – заместительная поддерживающая терапия

КМУ – Кабинет министров Украины

ЛУ – Лечебное учреждения

ЛУНИ – люди, употребляющие наркотики инъекционно

МБФ – международный благотворительный фонд

МВДУ – Министерство внутренних дел Украины

МЗУ – Министерство здравоохранения Украины

МСПУ – Министерство социальной политики Украины

МиО – мониторинг и оценка

МЮУ – Министерство юстиции Украины

НKK – Национальный координационный комитет

НМАПО – Национальная медицинская академия последипломного обучения

НПО – неправительственная организация

НСЗУ – Национальная служба здоровья Украины

ОГА – Областная государственная администрация

ООН – Организация Объединенных Наций

ПАВ – психоактивные вещества

ПМГ – Программа медицинских гарантий

ПРООН – Программа развития ООН

ПТАО – поддерживающая терапия агонистами опиоидов

СИЗО – следственный изолятор

СЛЖВ – Сеть людей, живущих с ВИЧ

СОП – стандартная операционная процедура

СССР – Союз Советских Социалистических Республик

ТУ – тематическое усовершенствование (краткосрочная программа повышения квалификации врачей в системе последиplomного обучения)

УЗ – Управление здравоохранения

УИПОЗ – БО «Украинский институт политики общественного здоровья»

УЦОЗ – Украинский Центр общественного здоровья МЗУ

ЦПМСП – центр первичной медико-санитарной помощи

NIDA – National Institute on Drug Abuse (USA)

NIH – National Institutes of Health (USA)

UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

USAID – United States Agency for International Development

Резюме

Украина является второй после РФ по территории и седьмой по численности населения страной Европы.^{1,2} По классификации, принятой в некоторых международных организациях, включая Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ) и ЕАСВ, Украина относится к странам Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Украина с 1918 по 1991 г. входила в состав Союза Советских Социалистических Республик (СССР), а с декабря 1991 является независимой парламентско-президентской республикой.

На 01.01.2019 население Украины составляло около 44 млн человек (Последние оценочные данные – 37,3 млн.).³ Валовой продукт на душу населения - \$ 8 000. Доля ВВП, выделяемая на здравоохранение – Current Health Expenditure, – составляет 7%.⁴ Украина по классификации Мирового банка относится к группе стран с низким и средним уровнем дохода. В стране один из самых высоких показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Европе [в 2019 году заболеваемость (incidence) в популяции в возрасте 15 – 49 лет составляла 0,6 (0,46-0,67); распространенность (prevalence) в той же группе – 1,0 (0,9-1,0)]. По оценке UNAIDS, в Украине 240 тысяч человек живут с ВИЧ. Уровень распространенности (количество новых случаев заражения ВИЧ среди уязвимых групп населения за определенный период) среди всех возрастных групп составил 0,29.⁵

По инициативе МБФ «Відродження» в Украине была проведена оценка поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО), используемой в стране наряду с другими методами лечения пациентов с *психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением опиоидов с синдромом зависимости* (в соответствии с принятой в Европе Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), это заболевание обозначается шифром F-11.2). Для этой цели были использованы рекомендованный ЕАСВ подход и подготовленный и адаптированный в 2019 году инструмент для проведения страновой оценки, фокусирующийся непосредственно на устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию.

Оценка была проведена в течение февраля-апреля 2020 года двумя независимыми экспертами, имеющими необходимую подготовку и опыт, с акцентом на ситуации переходного периода. Следует учесть, что это первая масштабная оценка ПТАО, и потому, кроме переходного периода, авторы затронули ряд вопросов проведения ПТАО, не касающийся непосредственно перехода, но имеющий значение для оценки предоставления этого вида лечения в целом. Были рассмотрены три основные сферы: 1) политика и

управление, 2) финансы и 3) предоставляемые пациентам услуги. Оценка базировалась на данных литературы, многочисленных документах, интервью с ключевыми информантами, проведенных фокус-группах. Там, где это было возможно, кроме качественных данных, использовались количественные показатели. В первую очередь рассматривались проблемы, касающиеся качества лечения и недостаточности охвата лечением. Те моменты, которые носят безусловно положительный характер, упоминались, но не анализировались.

Политика и управление	Средняя устойчивость
Политические обязательства	Средняя устойчивость
Управление переходом от донорского к национальному финансированию	Умеренный уровень риска
Финансы и ресурсы	Средняя устойчивость
Препараты	Средняя устойчивость
Финансовые ресурсы	Средняя устойчивость
Человеческие ресурсы	Средняя устойчивость
Доказательная база и информационные системы	Существенная устойчивость
Услуги	Средняя устойчивость
Наличие и охват	Умеренно высокий уровень риска
Доступность	Средняя устойчивость
Качество и интеграция	Средняя устойчивость

Условные обозначения:

<i>Шкала степени устойчивости</i>	<i>Описание</i>	<i>Приблизительные процентные значения шкалы</i>
Высокая устойчивость	Высокая степень устойчивости с низким риском или без рисков	>85-100%
Существенная устойчивость	Существенная степень устойчивости с низким или умеренным риском	70-84%
Средняя устойчивость	Средняя степень устойчивости с умеренным риском	50-69%
Умеренный уровень риска	Устойчивость с умеренным риском	36-49%
Умеренно высокий уровень риска	Устойчивость ниже среднего с умеренно высоким уровнем риска	25-35%
Высокий уровень риска	Низкая степень устойчивости с высоким риском	<25%

Выводы

По результатам проведенной оценки были сделаны следующие **ВЫВОДЫ**:

1) Программа ПТАО на этапе перехода от финансирования ГФ и другими зарубежными донорами к финансированию из национальных источников (государственного и местных бюджетов) *находится в состоянии средней устойчивости*. Можно считать, что при всех обстоятельствах (если не рассматривать экстремальные, такие как аннексия РФ автономной области Крым, где ПТАО оказалась под законодательным запретом, или переход части восточных областей Украины под контроль сепаратистов), программы лечения агонистами опиоидов в стране сохранятся.

2) Основную роль в проведении и реализации программ ПТАО выполняет государственное учреждение – Центр общественного здоровья при МЗУ (УЦОЗ). В УЦОЗ создано подразделение – отдел заместительной поддерживающей терапии и вирусных гепатитов, осуществляющий всестороннее наблюдение и контроль за проведением ПТАО.

3) ПТАО законодательно поддерживается на уровне приказов МЗУ, которые согласованы с МВД, Офисом генпрокурора, национальной полицией, офисом уполномоченного по правам человека и утверждены Минюстом. С 2017 г. закупки препаратов для ПТАО осуществляются за счет госбюджета в централизованном порядке. На местах (в областях и г. Киеве) распределение препаратов для ПТАО является компетенцией ДЗ ОГА и г. Киева.

4) В течение последних лет в системе последипломного обучения медперсонала достигнут значительный прогресс в отношении терапии опиоидной зависимости: разработаны очные и дистанционные курсы, прошли обучение врачи общего профиля и семейные врачи. Однако этот процесс пока не затронул обучение в медицинских ВУЗах, и в целом врачи не наркологического профиля плохо знакомы с принципами ПТАО и показаниями для ее назначения.

5) В течение последних лет наблюдается значительный прогресс в обеспечении пациентов препаратами для приема на дому без необходимости ежедневно посещать лечебное учреждение. Этот порядок распространяется не только на бупренорфин, но и на метадон. Особенно вырос процент пациентов, получающих препараты на дом, во время пандемии COVID-19, когда специальным распоряжением заместителя министра здравоохранения было рекомендовано при наличии показаний выдавать всем пациентам препараты на 10 дней для приема на дому, а в случае «стационара на дому» для паллиативной помощи – на 15 дней.

6) В результате реформирования вторичного уровня предоставления медицинских услуг (в системе специализированной помощи) у лечебных учреждений (ЛУ) появилась дополнительная мотивация проводить ПТАО за вознаграждение (утверждены расчеты стоимости лечения одного пациента); была стандартизована сама услуга ПТАО; услуги ПТАО могут предоставляться на первичном уровне на тех же финансовых условиях, что и для вторичного; определены национальные цели и задачи для каждого региона по этому виду помощи, которые были прописаны в договоре между ЛУ и НСЗУ.

7) Представители гражданского общества (профильные некоммерческие организации (НКО), ассоциации потребителей наркотиков, а также пациенты, получающие ПТАО) имеют возможность заниматься адвокацией ПТАО, участвуют в обсуждении проблем и могут влиять на принятие решений в этой сфере.

8) Риск устойчивости программы касается ее отдельных компонентов, измеряемых такими показателями, как охват и качество. Охват, согласно данным статистики, остается на уровне <5% от расчетной численности нуждающихся в ПТАО. Запланированное расширение программы предусматривает увеличение закупок препаратов за счет госбюджета. Это важный, но не единственный фактор, влияющий на возможность увеличения охвата. Государственное финансирование не предусмотрено для такого важного аспекта ПТАО, как адвокация метода. Качество проведения ПТАО во многом зависит от обучения персонала, мероприятий по повышению эффективности и проведения научных исследований, однако при планировании расходов на ПТАО из госбюджета эти элементы не предусмотрены – средства выделяются только на закупку препаратов и оплату персонала. Подробно об этом см. раздел 5.4 «Качество и интеграция».

9) Хотя, как и прежде, почти половина пациентов получает ПТАО в специализированных диспансерах (т.е. учреждениях наркологического профиля), теперь этот вид помощи предоставляется также в ЛУ различного профиля, в том числе в центрах первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП), что позволяет увеличить объем медицинских услуг для пациентов и снизить уровень стигмы. Десятки врачей первичного звена прошли тематическое усовершенствование (ТУ) по ПТАО и овладели этим методом лечения.

10) В Украине существует малоизученная «серая» зона применения терапии метадон и бупренорфином. Многие наркологи, работающие вне государственных учреждений, назначают пациентам метадон или бупренорфин на длительное время, фиксируя документально этот процесс как оказание медицинской помощи при синдроме отмены опиоидов. Причина такого положения в том, что базовый приказ МЗУ, регламентирующий проведение ПТАО (Приказ №200 от 27.03.2012), предписывает

проведение ПТАО лишь в государственных лечебных учреждениях, в то время как лечение синдрома отмены, так же как и назначение агонистов опиоидов, законодательно не запрещено. Поэтому пациенты, имеющие финансовую возможность оплатить свое лечение, обращаются за помощью к врачам частной практики, что, кроме всего прочего, позволяет им избежать регистрации в системе наркологического учета. Такие пациенты не учитываются официальной статистикой и, в силу характера финансовых отношений с провайдером, могут остаться без лечения в любой момент. Также отсутствует информация о том, насколько при такой форме терапии агонистами соблюдаются требования, изложенные в методических рекомендациях, которые до настоящего времени используются вместо национального стандарта.

11) Сохраняются следующие барьеры в отношении доступа к ПТАО и повышения её качества:

- амбивалентная наркополитика: законы, регулирующие оборот наркотиков и «борьбу с наркоманией», противоречивы; подзаконные акты (не все из которых могут быть изменены лишь усилиями МЗУ, поскольку ряд из них принят совместно с МВД, Минюстом и Генеральным прокурором) отрицательно влияют на возможности развития ПТАО. Например, инструкция «Порядок выявления и постановки на учет лиц, незаконно потребляющих наркотические средства и психотропные вещества», по сути регламентирующая диагностику наркотической зависимости и назначение лечения, требует для установления диагноза зависимости проводить стационарное обследование; при этом диагноз может быть установлен только наркологом и т.д. (подробнее см. в разделе 3.5 «Барьеры и вызовы: Ключевые пробелы» с точки зрения устойчивости, их основные причины и предпосылки); [67](#)
- медицинская помощь лицам с расстройствами в результате употребления опиоидов традиционно ориентирована на достижение пациентами абстиненции, что не соответствует современным научным взглядам, в соответствии с которыми эффективность терапии следует оценивать по следующим показателям: снижение числа инъекций и количества потребляемых психоактивных веществ (ПАВ) или полный отказ от инъекционного введения, улучшение соматического и социального статуса, своевременное диагностирование и лечение социально опасных

инфекционных заболеваний, прекращение или существенное уменьшение криминальной активности и т.п.,⁸

- неудовлетворительная подготовка медперсонала и специалистов по предоставлению психосоциальной поддержки;
- низкая мотивация ЛУ в отношении проведения ПТАО;
- влияние на проведение ПТАО полиции, которая, зачастую превышая свои полномочия, вмешивается в работу лечебных учреждений и расширительно толкует ответственность медработников за незаконный вынос пациентами препаратов, не учитывая тот факт, что сами пациенты являются полностью вменяемыми и, соответственно, отвечают за свои действия. Нередко с целью вымогательства сотрудники полиции задерживают пациентов возле сайтов ПТАО, проводят необоснованные обыски и т.п. (подробно об этом в разделе 3.5 «Барьеры и вызовы»);
- не устранены риски, корнями уходящие в устаревшую систему организации медицинской помощи в целом, и социальные стереотипы, которые порождают стигму и дискриминацию ЛУНИ (эти барьеры подробно описаны в соответствующем разделе 3.5).

12. Несмотря на наметившуюся в последние годы диверсификацию, большая часть пациентов (44%) получают ПТАО в условиях наркологических диспансеров (которые начиная с 2019 г. постепенно меняют название на Центры психического здоровья.⁹ В ЛУ другого профиля обслуживается от 0,4% (инфекционные больницы) до 29% (многопрофильные районные и городские больницы) пациентов ПТАО (См. табл. №4). При этом наркологическая служба традиционно ориентируется на стереотипы, доминировавшие в сознании представителей данной специальности ещё в период «репрессивного» подхода к наркотической зависимости (многие из них подробно описаны в статье¹⁰), когда зависимость от наркотиков воспринималась скорее как аморальное поведение, нежели заболевание головного мозга. В силу этого наркодиспансеры с трудом переходят к новому, научно-обоснованному формату взаимоотношений между персоналом и пациентами, в основе которого лежит пациент-ориентированный подход (вместо конфронтации с ЛУНИ) с использованием техники мотивационного интервьюирования, подробно изложенной в изданном в Украине руководстве.¹¹

13. В период проведения реформы здравоохранения возникает угроза сокращения числа сайтов, где предоставляется ПТАО, поскольку при новом порядке финансирования ряд ЛУ считает для себя экономически неоправданным проведение этого вида лечения. Данное обстоятельство связано с новыми правилами распределения средств

и выделением на обеспечение ПТАО недостаточных фондов. Если ранее доплата медицинскому персоналу за ведение пациентов ПТАО финансировалась ГФ, то теперь все расходы на данное лечение будут поступать из госбюджета. Размер финансирования при этом, по мнению ряда ЛУ, представляется экономически менее привлекательным, и они предпочитают отказаться от участия в программе (более подробно в разделе 4 «Финансы и другие ресурсы»).

14. Финансовое обеспечение ПТАО государством не должно ограничиваться лишь расходами на закупку препаратов и оплату медперсонала. После перехода обнаруживается дефицит средств на подготовку медиков и тех, кто должен предоставлять психосоциальную поддержку (это услуга, которая не входит в число медицинских, однако требуется при проведении ПТАО); не выделяются средства на научные исследования и адвокацию данного метода оказания помощи.

15. Средние дозы метадона и особенно бупренорфина не достигают рекомендованного ВОЗ уровня, оставаясь на 20-25% ниже (подробнее см. в разделе 5.4 «Качество и интеграция»).

16. При удовлетворительных показателях удержания пациентов на лечении — 70-85%, согласно данным УЦОЗ, — приходится констатировать, что необоснованно часто врачи ориентируются сами и ориентируют пациентов на «быстрое» (менее одного года) завершение лечения, что противоречит национальным рекомендациям, в которых указано, что средняя продолжительность ПТАО должна составлять около 2 лет, но может быть и значительно дольше.

17. В недостаточном объеме осуществляется интегрированный подход к терапии больных с сопутствующими диагнозами, такими как ВИЧ-инфекция, туберкулез (ТБ), гепатит С, а также психические нарушения (депрессивные, тревожные, обсессивно-компульсивные расстройства). Пациенты получают помощь в различных лечебных учреждениях, и врач, назначающий ПТАО, может не только не знать, но даже и не интересоваться другим заболеванием своего пациента. То же справедливо и для инфекционистов или фтизиатров. В результате врачи часто не учитывают такой фактор, как взаимодействие медикаментов для АРТ и ПТАО или метадона и антимикобактериальных препаратов.

18. Систематически поступают жалобы клиентов ПТАО на низкое качество метадона и бупренорфина отечественного производства по сравнению с аналогичными импортными препаратами. Пациенты регулярно сообщают о том, что препарат «их не держит» или слишком часто вызывает побочные эффекты. Детально об этом см. раздел 4.2 «Препараты».

19. Многие пациенты выражают неудовлетворенность тем, что они называют «монотерапией», имея в виду, что лечение сводится к назначению одного лишь агониста опиоидов. Во время интервью с информантами и фокус-групп сообщалось, что при многочисленных жалобах пациентов врач кабинета ПТАО в лучшем случае меняет дозу метадона или бупренорфина, однако значительно сложнее получить целенаправленную медикаментозную терапию для лечения бессонницы, тревожных расстройств, болевого синдрома или астении. Такие замечания многократно встречаются на интернет-форуме пациентов, где они обмениваются друг с другом своими впечатлениями и описанием проблем.

20. Пациенты ПТАО представляют весьма неоднородную группу с точки зрения демографических показателей, социального статуса, стадий зависимости, наличия сопутствующей патологии, а также мотивации в отношении результатов терапии. Однако эти различия не отражаются на их плане лечения и выборе места и режима проведения терапии. Это следует из проведенных интервью как с врачами, так и с пациентами.

21. Большой проблемой остается многолетнее (как минимум с 2010 года) сопротивление Государственной криминально-исполнительной службой в отношении применения ПТАО в исправительных колониях в том же объеме, что и в системе здравоохранения вне исправительной системы. По данным научных исследований, исправительные колонии являются местами концентрированного содержания лиц с нарушениями психики и поведения в результате употребления наркотиков – около 50% от общего числа заключенных.¹² Однако, несмотря на все усилия по адвокации ПТАО, люди с синдромом зависимости фактически остаются без медицинской помощи. Представители пенитенциарной медицины заявляют, что введение ПТАО в колониях будет расценено как признание того факта, что там имеет место незаконный оборот наркотиков. Научно обоснованный вывод о том, что изоляция не приводит к выздоровлению от опиоидной зависимости, ими не воспринимается. В следственных изоляторах разрешается продолжать ПТАО, если подследственный является зарегистрированным пациентом этой программы. Это предписано совместным Приказом МЗ, МВД и МЮ.

22. В начале 2015 года Госслужба социально-опасных заболеваний, координирующую деятельность направленную на мониторинг и оценку (МиО) прекратила свое существование и ее функции были переданы МЗУ.¹³ Однако до сих пор там не создано соответствующее подразделение / кадровые единицы, которые бы отвечали за политику в сфере (МиО) и формирование проектов решений на основе данных МиО. Учреждением, фактически осуществляющим мониторинг и оценку в сфере ВИЧ/ СПИД и ЗПТ в Украине, является УЦОЗ.¹⁴ Важно отметить, что МиО программ ПТАО в

стране не является единым процессом в отношении управления и финансирования. Параллельно действуют несколько систем МиО. Например, имеется база данных пациентов ПТАО, созданная МБФ «Альянс общественного здоровья» (МБФ АОЗ), однако она не является «единой базой клиентов ПТАО», так как в ней не регистрируются клиенты ПТАО частных клиник, и она не утверждена МЗУ. Данная информационная база является приложением к отчетам, которые подают ЛУ в МБФ АОЗ. На данный момент продолжаются попытки объединить несколько мониторинговых систем для накопления и работы со стратегической информацией, которые были созданы и внедрены за счет финансовой поддержки международных доноров (STMA, МИС-ВИЧ). Однако, если НПО прекратят поддерживать такие базы данных, то система здравоохранения фактически останется без необходимого и эффективного инструмента для учета и контроля ПТАО в свете отсутствия в стране *независимой* системы мониторинга программ ПТАО.¹⁵

23. На сайтах ПТАО недостаточно внимания уделяется профилактике передозировок. Отсутствуют тренинги для пациентов, нет памяток с инструкциями о том, как действовать при передозировках, нет информации о возможности получить доступ к налоксону. В то же время налоксон в Украине не является подконтрольным препаратом и экономически доступен (подробнее в разделе 5.4 «Качество и интеграция»).

1. Контекст

Несмотря на определенный прогресс, достигнутый в последние годы, показатели сферы здравоохранения в Украине остаются неудовлетворительными. В среднем украинцы живут примерно на 10 лет меньше, чем жители других европейских стран. Примерно 80% этих, по сравнению со странами ЕС, «лишних смертей» приходится на относительно молодой возраст - между 15 и 60 годами жизни.¹⁶ Основными факторами высокой смертности являются неинфекционные болезни, в первую очередь сердечно-сосудистые заболевания и рак. Среди их причин называют недостаточную заботу населения о своем здоровье, высокий уровень табачной и алкогольной зависимости, а также - что очень важно - низкая эффективность имеющихся медицинских учреждений, т.е. системы здравоохранения, в отношении выявления и лечения болезней.

В Украине относительно хорошо развиты высокоспециализированные медицинские центры, сосредоточенные преимущественно в мегаполисах, но на катастрофически низком уровне находится система первичной медицинской помощи. Благодаря энергичным

действиям правительства по проведению медицинской реформы, начатой в 2016 году¹⁷, данная сфера претерпела существенные изменения: в частности, стало возможным внедрение интегрированной медицинской помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов. Однако реформирование медицинской отрасли сталкивается с рядом барьеров, имеющих не только социально-политическую, но и сугубо психологическую природу. Процесс идет с большими затруднениями, и сегодня крайне сложно прогнозировать его результаты.

Основные принципы системы общественного здоровья сформулированы в статье 4 Закона Украины «Основы законодательства Украины про охрану здоровья». Закрепленный в нем тип системы базируется на принципах английской модели¹⁸, которая постепенно претворяется в законодательную и медицинскую практику.

Украина сознательно выбрала британскую модель для трансформации своей системы здравоохранения. Эта модель строится в соответствии с несколькими основополагающими принципами, кратко изложенными на веб-странице МЗУ:

*«Внедряем принцип "универсального базового покрытия", независимо от финансовой обеспеченности. Людям не нужно куда-то идти и получать страховку. Создали Национальную службу здоровья - аналог NHS. Она выполняет функцию заказчика медицинских услуг - каждая больница, работающая в системе, получает финансирование по четким тарифам. Других посредников нет. Основным источником финансирования - общие налоги. Люди платят сколько могут, услуги получают все одинаково. Если кто-то желает дополнительные услуги - можно воспользоваться добровольным медицинским страхованием. Рынок быстро развивается, ведь все заведения начинают работать по принципу "деньги за услугу". Усиливаем первичную медицинскую помощь и конкуренцию пациента».*¹⁸ Эта модель реализуется через различные формы финансирования - государственную, коммунальную (т.е. из местных бюджетов), страховую, частную.

Медицинские услуги в Украине предоставляются на трех уровнях. Выделяют первичную медицинскую помощь (семейные поликлиники и ЦПСМП, где прием ведут врачи общей практики), вторичную (специализированную помощь, многопрофильные больницы, наркологические и туберкулезные диспансеры, центры профилактики и борьбы со СПИДом) и третичную, т.е. высокоспециализированную помощь (научно-исследовательские институты, специализированные клиники и лечебные центры Академии медицинских наук Украины). Финансирование лечебных учреждений, кроме тех, что находятся в ведении Академии медицинских наук, ведется из местных бюджетов; в то же время закупка многих препаратов, в том числе для ПТАО, выполняется за счет средств,

выделяемых из государственного бюджета. Препараты для ПТАО - метадон и бупренорфин - закупаются централизованно и распределяются в соответствии с приказом МЗУ по областям.

Лечение психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением ПАВ, должно осуществляться в Украине, специально сформированной ещё в период пребывания Украины в составе СССР (в 1975 году) наркологической службой. Наркологическая помощь является специализированной услугой, осуществляемой на вторичном и (реже) третичном уровнях.

В последнее время, начиная с 2014 года, когда осуществлен пилотный проект по предоставлению этого вида помощи в неспециализированных ЛУ, ПТАО проводится также семейными врачами в центрах первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП).¹⁹ В их задачу входит предоставление интегрированной медицинской помощи, которая, помимо ПТАО, включает также профилактику и лечение ВИЧ-инфекции, туберкулеза, вирусных гепатитов и сопутствующих психических расстройств, в основном депрессивного спектра.

В Украине внедрение ПТАО началось в 2004 году. Первые пациенты получили ПТАО в рамках пилотного проекта «Права человека в действии».^a

Одновременно с предоставлением пациентам с опиоидной зависимостью терапии бупренорфином (препаратом «Эднок» производства компании «Русан Фарма Лтд» (Индия)) проводилась научная оценка эффективности лечения в рамках межцентрового проекта “Исследование заместительной терапии опиоидной зависимости и ВИЧ/СПИДа совместно с ВОЗ”. Результаты проекта стали составной частью научного отчета «Заместительная терапия и профилактика ВИЧ-инфекции». Данные были представлены в статье, опубликованной в журнале *Addiction* ²⁰. Выводы статьи говорят о том, что в странах с низким и средним уровнем дохода ПТАО может достигать результатов, аналогичных тем, которые широко распространены в странах с высоким уровнем дохода. Особенно убедительными оказались данные, свидетельствующие о значительном снижении риска заражения ВИЧ, связанного с употреблением наркотиков путем инъекций, во всех странах. Результаты данного исследования поддержали внедрение поддерживающей терапии агонистами опиоидов в Украине.

С 2005 года ПТАО в Украине финансировалась за счет грантов Глобального фонда. С 2016 года начался процесс перехода от донорской поддержки к обеспечению препаратами пациентов за средства государственного и местного бюджетов (см. Приложения, Таблицы

^a Проект инициирован и профинансирован Программой развития ООН (ПРООН).

А, Б, В).²¹ В бюджете 2016 года было предусмотрено 13 млн гривен для закупки препарата за государственные средства в добавок к запасам курсов препарата, закупленных за средства ГФ. Однако, в 2018 году, две трети необходимого количества курсов уже были закуплены за государственные деньги. На момент подготовки этого отчета около 85% препарата было закуплено централизованно за средства государственного бюджета и около 5% закупок были произведены за счет местного (регионального) финансирования. В то же время психосоциальная поддержка программ ПТАО была полностью профинансирована ГФ (более подробно см. раздел 4. «Финансы и другие ресурсы»).

Важно отметить, что во время сбора данных для этого анализа завершалась работа над страновой заявкой Украины для ГФ. В заявке в раздел, касающийся ПТАО, внесена деятельность по расширению доступа к терапии и улучшению качества предоставляемых услуг, что включает проведение дополнительных образовательных курсов для медперсонала, привлечение новых и удержание имеющихся пациентов, скрининг, диагностика и лечение сопутствующих заболеваний, в частности, психических расстройств, а также адвокация ПТАО.

С 2004 по 2020 гг. численность пациентов, получающих ПТАО, выросла с 96 человек (0,0003 % от оценочного количества ЛУНИ) до 12,5 тыс. (на 01.01.2020 г.), что составляет 4,5 % от оценочного количества ЛУНИ (278 000 чел.) в Украине.²² В 2006-2008 годах, когда ПТАО рассматривалась уже не как пилотный проект, а приобрела благодаря гранту ГФ статус национальной программы, было проведено еще два исследования эффективности, которые подтвердили результаты пилотного проекта и полностью совпали с результатами аналогичных исследований, выполненных в других странах.^{23,24}

На вебсайте УЦОЗ имеется раздел «Зависимость от психоактивных веществ», в котором есть рубрика «ПТАО». Она содержит базовую информацию об этом виде лечения, предназначенную преимущественно профессионалам, но доступную также всем желающим, включая пациентов и их родственников. Важно то, что данная информация носит официальный характер, выражая позицию государственного органа.²⁵ То, что УЦОЗ - государственный орган,, аффилированный с МЗУ, - отчетливо артикулирует государственную позицию по вопросу поддерживающей терапии агонистами опиоидов, имеет существенное значение для практики, поскольку служит в определенной степени страховкой от агрессивных действий со стороны полиции. В начале внедрения ПТАО имели место многочисленные «силовые» интервенции со стороны местных органов охраны правопорядка, направленные на препятствование развитию ПТАО и нарушающие права не только пациентов^{26,27}, но и медицинских работников.²⁸

В августе 2014 года Министерство здравоохранения инициировало разработку Национальной стратегии реформирования системы здравоохранения в Украине. Стратегия предусматривала трансформацию отрасли путем внедрения новых стратегических подходов к повышению качества и доступности медицинской помощи.²⁹ После разработки и утверждения стратегии правительством парламент принял новый Закон Украины «Про государственные финансовые гарантии медицинского обслуживания населения», который регулирует финансирование системы здравоохранения. В 2015 году Правительство Украины инициировало реформу системы здравоохранения с целью улучшения состояния здоровья населения и обеспечения финансовой защиты от чрезмерных расходов.¹⁶ В основе реформы лежит трансформация финансирования системы здравоохранения для того, чтобы ускорить преобразования в сфере предоставления медицинских услуг, стимулировать достижение необходимых результатов, внедряя информационные технологии в качестве катализаторов. Суть этой модели заключается в создании единого закупочного агентства, Национальной службы здоровья Украины (НСЗУ), которая выступает государственным страховщиком в пределах четко определенного гарантированного пакета медицинских услуг, финансируемого из общей системы налогообложения, и с этой целью заключает договоры о медицинском обслуживании населения с государственными и частными поставщиками медицинских услуг. Этот подход фокусируется на потребностях населения и услугах и является радикально противоположным бывшему пассивному сметно-постатейному бюджетному планированию, которое основывалось на исторических данных и было сосредоточено на финансировании ресурсов, таких как здания и штатное расписание.³⁰

2. Цель и методология



Цель: описать текущую ситуацию с проведением ПТАО в Украине, выявить проблемные зоны и подготовить рекомендации для всех заинтересованных сторон, а также оценить разработанное ЕАСВ *«Руководство по проведению оценки в контексте*

перехода от донорской поддержки к национальному финансированию ‘Оценка устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО)’».

В качестве методологии авторы старались придерживаться шагов, рекомендованных данным Руководством. На основании предварительных консультаций с участниками организации, проведения и получения ПТАО была сформирована группа ключевых информантов, куда вошли провайдеры услуг (наркологи), пациенты, получающие терапию, активисты – представители сообщества ЛУНИ, сотрудники правительственных организаций (МЗУ, УЦОЗ), исследователи в области общественного здоровья. На подготовительном этапе была проведена оценка предложенного инструмента (Руководство) с целью понять, все ли тематические области и показатели, предусмотренные Руководством, являются актуальными и необходима ли их адаптация. Также понадобилось выяснить, на каком этапе перехода, в соответствии с терминологией Руководства, в настоящий момент находится Украина. Обсуждался состав группы ключевых информантов. Отдельно были рассмотрены возможные варианты использования отчета о проведенной оценке, т.е. то, кто будет в конечном итоге бенефициаром этого продукта и каких результатов можно ожидать от презентации отчета правительственным учреждениям, донорскому сообществу и гражданскому обществу.

В соответствии с предложенным форматом частью проведенной оценки было кабинетное исследование в ходе которого были рассмотрены практически все доступные документы, регулирующие внедрение и проведение ПТАО в Украине (законы, декреты правительства, приказы МЗУ, МВДУ, МЮУ), многочисленные научные и публицистические статьи. После завершения этапа кабинетной работы проводились интервью с ключевыми информантами и фокус-группа (ФГ) с пациентами. Интервью и ФГ велись в соответствии с описанными в Руководстве рекомендациями и сценарием.

После нескольких первых интервью стало очевидно, что ряд вопросов имеет совершенно однозначные ответы, и нет смысла задавать их каждому информанту. Кроме того, была предпринята попытка сформулировать большую часть вопросов в такой форме, чтобы на них можно было получить конечное количество ответов («да» – «нет» – «да/нет») и каждый ответ обозначался цифрой: ответ «да» оценивался как 2, ответ «нет» - как 0 и ответ «да/нет» - как 1 балл. В результате стало возможным оценить в количественных параметрах мнение каждого участника. Мы не стали вносить результаты этого метода сбора информации данных в отчет, поскольку небольшое количество участников не позволяло получить статистически достоверные показатели. В то же время мы считаем, что при условии увеличения выборки такой подход позволит – получить

более объективные данные и компьютеризировать процесс их сбора с применением платформы Qualtrics или REDcap.

Для получения выводов относительно устойчивости по тому или иному показателю мы использовали предложенную Руководством схему (Приложения 3.А, 3.В и 3.С). В соответствии с перечнем контрольных показателей каждому из них присваивался балл от 0 до 2 и по сумме выводился показатель устойчивости. В финальный отчет вносились только результаты, полученные в ходе подсчетов.

3. Основные результаты: Политика и управление

3.1. Обзор ситуации с устойчивостью

Политика и управление	Средняя устойчивость
Политические обязательства	Средняя устойчивость
Управление переходом от донорского к национальному финансированию	Средняя устойчивость

В Украине с 2007 года существует многосторонний национальный орган управления, ответственный за борьбу с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и другими социально опасными заболеваниями – Национальный совет по предотвращению туберкулеза и ВИЧ-инфекции/СПИДа. Он также отвечает за координацию и надзор за реализацией грантов Глобального фонда.³¹ Данный орган выполняет преимущественно политическую и стратегическую функции и определяет основные направления развития в этой сфере. В структуре правительства Украины не существует отдельной организации, которая занималась бы исключительно контролем за наркотиками; такая структура (Служба контроля за наркотиками) была упразднена в 2014 году, а ее функции переданы в Государственную службу по лекарственным средствам и контролю за наркотиками. Госслужба уполномочена выдавать государственные лицензии на оборот наркотических веществ и осуществлять контроль за соблюдением соответствующих законов и положений; она не вмешивается в вопросы использования медицинских наркотических препаратов для лечения по обоснованным показаниям.

Основную роль в проведении и реализации программ ПТАО выполняет УЦОЗ, в котором создано подразделение - сектор заместительной поддерживающей терапии и вирусных гепатитов, осуществляющее всестороннее наблюдение и контроль за проведением ПТАО. УЦОЗ регулярно готовит и подает на утверждение Министру здравоохранения приказы, на основании которых закупаются и распределяются препараты для ПТАО, собирает информацию о количестве пациентов, находящихся на лечении, инициирует и участвует в разработке методических приказов и рекомендаций по проведению этой терапии. В УЦОЗ также разрабатываются новые нормативные документы, организовывается работа по повышению квалификации медперсонала, собираются данные о пациентах и в целом осуществляется стратегическое руководство в отношении внедрения ПТАО.

За последние два года достигнут существенный, но недостаточный прогресс в реализации программ ПТАО. Значительно расширился доступ к такой услуге, как выдача препаратов по рецепту и выдача для приема на дому. К адвокации ПТАО активно привлекаются структуры гражданского общества. Однако вызовы остаются многочисленными, и уроки далеко не всегда усваиваются теми, от кого зависит принятие решений. Главным препятствием эффективному проведению ПТАО является то, что проблемы наркотической зависимости рассматриваются не столько в научно-обоснованном, медицинском, сколько в политико-социальном контексте. При принятии решений приоритет получают проблемы, связанные с безопасностью, т.е. вопросы трафика наркотических средств, торговли ими, тогда как вопросы общественного здоровья принимаются во внимание во вторую очередь.

Гражданское общество через ассоциации пациентов ПТАО и людей, употребляющих наркотики³², а также профильные НПО, реализующие сервисные и исследовательские проекты, при поддержке донорского сообщества занимается адвокацией, участвует в формировании общественного мнения, подготовке медицинского и социально-психологического персонала и может в некоторой степени влиять на политику и государственную стратегию в отношении ПТАО, вплоть до представленности ЛУНИ в органах самого высокого уровня, в частности – Координационного совета по вопросам противодействия туберкулёзу, ВИЧ-инфекции/СПИД при Кабинете министров Украины.³¹

Остаются существенными региональные различия в предоставлении ПТАО, обусловленные политическими или профессиональными взглядами местных властей и/или руководителей наркологических центров. Эти различия очевидны, если сравнить уровень охвата пациентов лечением по различным областям. Например, в Николаевской области

лечение получают 1 048 чел., а в Одесской области – 559²²; при этом оценочное число ЛУНИ в этих областях - 11 400 и 38 300 человек, соответственно, что означает охват ПТАО в Николаевской области на уровне 10,9%, тогда как в Одесской он составляет 1,4%.³³

Дальнейшие шаги по развитию и совершенствованию данного метода, расширению доступа и устранению барьеров к лечению в значительной мере зависят от результатов реформы, проводимой в стране с 2017 г. и не завершенной до настоящего времени.

3.2. Политические обязательства

Право пациентов на предоставление ПТАО артикулировано в ряде базовых документов, в том числе в Национальной стратегии в отношении наркотиков, Стратегии борьбы с ВИЧ-инфекцией, в соответствующих планах реализации упомянутых стратегий. Украинское законодательство никогда не содержало прямых указаний на запрет ПТАО, однако до 2005 года многие специалисты высказывали опасения, что отсутствие запрета не эквивалентно позволению и необходимо прямое разрешение на проведение такого вида лечения, поскольку ранее (в период действия приказов МЗ СССР) существовала норма, запрещающая использование наркотиков для лечения наркотической зависимости. В настоящее время в стране действует приказ МЗУ № 200,³⁴ полностью снимающий опасения такого рода. Более того, в последней редакции допускается выдача метадона и бупренорфина для употребления на дому. Подробнее ситуация с выдачей рецептов и препарата на руки изложена в разделе «Услуги». В 2019 году подготовлен проект изменений к данному приказу. Проект прошел стадию общественного обсуждения и, сейчас находится на этапе согласования. Очевидно, в ближайшее время он станет действующим. В нем предусмотрены шаги, направленные на облегчение доступа к ПТАО и увеличение охвата этим видом лечения.³⁵ Кроме того, установлено, что за последние два года отмечалось значительно меньшее сопротивление этому виду лечения со стороны полиции и органов наркоконтроля.¹⁵ Это явление не документировано, поскольку учет подобных действий не велся, однако, судя по отзывам врачей и пациентов, число незаконных проверок и задержаний пациентов ПТАО существенно уменьшилось.

Законодательство в сфере контроля за наркотиками на сегодняшний день остается противоречивым. Базовый закон, регулирующий оборот наркотических веществ, был принят ещё в 1995 году с изменениями в 1999 году,³⁶ когда вопросы, связанные с ПТАО, еще не были актуальными. Соответственно, нормы закона не учитывают то обстоятельство, что наркотические вещества – агонисты опиоидов – могут широко использоваться для

терапевтических целей. Употребление наркотиков как таковое декриминализировано, но в отношении хранения наркотиков существует уголовное наказание - даже дозы, не превышающие потребности в личном использовании, при определенных обстоятельствах могут стать предметом уголовного преследования.³⁷ Например, доза метадона 20 мг считается дозой «небольшого размера», однако большее количество препарата может стать предметом уголовной ответственности. В связи с этим пациенты, получающие препарат на руки при ежедневной дозе в 120 мг, могут столкнуться с серьезными проблемами, даже несмотря на то, что у них имеется сопроводительный документ в виде назначения врача. Часто полицейские заявляют, что медицинские документы с их точки зрения не отменяют требования закона или ведомственных распоряжений. В отношении героина и других нелегальных опиоидов граничные дозы также очень низкие: например, для героина это 5 мг, тогда как среднесуточная доза для потребителя с выраженной толерантностью к опиоидам составляет от 30 до 120 мг (именно такие дозы назначают лицам с зависимостью, получающим в некоторых странах героин как терапевтическое средство).³⁸

Особенно тревожным является положение лиц, находящихся в местах лишения свободы. По сути, они лишены доступа к лечению зависимости и, в частности, к ПТАО. Существует совместный приказ МЗУ, МВД и МЮУо необходимости непрерывного обеспечения поддерживающей терапии для лиц, оказавшихся в изоляторах временного содержания (СИЗО).³⁹ Однако фактически ПТАО предоставляется только на короткий срок, в большинстве случаев не более 12-15 дней; кроме того, лицам, находящимся под стражей, настойчиво «рекомендуют» отказываться от этого вида терапии, поскольку ее организация в условиях СИЗО связана с избыточной нагрузкой на пенитенциарную систему (необходимость выделять транспорт, охрану и т.п.). Это отчасти справедливо, поскольку в соответствии с приказом, который призван обеспечить непрерывную медицинскую помощь лицам с опиоидной зависимостью, вся работа по обеспечению непрерывности ПТАО, по сути, ложится на пенитенциарную систему, для которой оказание медицинской помощи не является приоритетом. Совершенно очевидно, что доставлять метадон или бупренорфин в СИЗО было бы значительно проще, нежели каждый день возить подследственных в ЛУ, - тем не менее приказ составлен именно таким образом, и это фактически сводит к нулю его позитивное значение.

Начиная с 2019 года, при поддержке USAID в Украине осуществляется пилотный проект по предоставлению ПТАО в исправительных колониях. На момент подготовки отчета этот вид лечения в единственной колонии получали 19 человек.⁴⁰

Медицинская помощь пациентам с опиоидной зависимостью предоставляется в соответствии с национальным протоколом по проведению ПТАО; кроме того, для врачей, работающих на сайтах ПТАО, подготовлено Руководство по проведению ПТАО,⁴¹ которое является адаптацией соответствующего национального Австралийского руководства «National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence».⁴² Эти документы используются врачами, но не имеют официального статуса стандарта. Таковой подготовлен в 2020 г. и находится на этапе утверждения МЗУ. Клинические рекомендации, используемые в Украине, полностью соответствуют тем, что приняты ВОЗ, и изложены в Руководстве «Фармакологическое лечение опиоидной зависимости с психологической поддержкой» (2008 г.)».⁴³

Основными законодательными инструментами, регулирующим любую деятельность, связанную с наркотическими веществами, в том числе такими как метадон и бупренорфин, является Закон Украины «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» и постановление КМУ №333.^{44,45} Закон гласит: «...виды деятельности как: культивирование растений, включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, разработки, производства, изготовление, хранение, перевозки, пересылки, приобретения, реализации, ввоз на территорию Украины, вывоз с территории Украины, транзита через территорию Украины, использование, уничтожение наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, включенных в Перечень наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, разрешаются и контролируются согласно настоящему Закону». Из этого следует, что деятельность по организации и проведению ПТАО подпадает под действие настоящего закона. Закон конкретизирует отдельные положения, указывая, что непосредственную регуляцию оборота наркотических средств в Украине осуществляет Центральный орган исполнительной власти, обеспечивающий формирование государственной политики в данной сфере. Это положение было внесено в Закон в 2012 году. До этого использовалась иная формулировка – речь шла о «специально уполномоченном органе исполнительной власти в области здравоохранения». Постановление №333 конкретизирует размеры наркотических средств, которые могут быть выписаны врачом пациенту или выданы в ЛУ ему на руки.

Таким образом, сегодня ответственным органом является КМУ и уполномоченные им структуры, не обязательно относящиеся к системе здравоохранения. Здесь уместно отметить, что практически все приказы МЗУ, касающиеся ПТАО, принимаются либо совместно с МВД и Генеральной прокуратурой, либо подлежат визированию со стороны этих органов, а также должны получить одобрение Минюста, чтобы признаваться всеми

органами власти в стране. Другой закон, принятый практически одновременно (в 1995 году) с Законом «О наркотических средствах...», – закон Украины «О мерах противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и злоупотреблению ими».⁴⁶ Он в настоящее время действует в редакции 2020 года. Его действие также в значительной мере регулирует правовой статус ПТАО, поскольку данный закон касается лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, и существенно влияет на положение пациентов, ибо содержит явно дискриминационные нормы. Например, в нем говорится, что «незаконное употребление наркотических средств или психотропных веществ – это потребление наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача». Таким образом, всякое употребление без соответствующего предписания относится к незаконным действиям. Любое экспериментирование с психоактивными веществами или самолечение подпадает под это определение и предоставляет широкие возможности для репрессивного толкования.

Одной из норм, наиболее неблагоприятно отражающейся на привлечении пациентов к лечению зависимости, является статья 12 данного закона, в которой говорится: «Порядок выявления и постановки на учет лиц, незаконно употребляющих наркотические средства или психотропные вещества, определяется общим нормативно-правовым актом центральных органов исполнительной власти, обеспечивающим формирование государственной политики в сферах здравоохранения, обращения наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров, противодействия их незаконному обороту, Министерства внутренних дел Украины, Генеральной прокуратуры Украины». Это означает, что ответственность за выявление и **учёт** не только лиц, употребляющих наркотики, но и пациентов с зависимостью возложена на МВД и Генпрокуратуру. В то же время в нынешнем Положении о национальной полиции в её функции такой контроль не входит. В этом же законе содержится и норма, в соответствии с которой «лечение зависимости от наркотических средств или психотропных веществ осуществляется в лечебном учреждении независимо от формы собственности при наличии лицензии центрального органа исполнительной власти, реализующего государственную политику в сфере здравоохранения на такой вид деятельности. Надзор за лечением такого лица возлагается на учреждения, определенные центральным органом исполнительной власти, реализующим государственную политику в сфере здравоохранения»⁴⁶, что означает - МВД и Генпрокуратура должны также осуществлять контроль за пациентами. И хотя сейчас указанная норма на практике почти не применяется, актуализировать её можно в любой момент, в зависимости от политической конъюнктуры или личных предпочтений руководителя областного масштаба.

В 2013 году правительство Украины издало распоряжение «Об одобрении Стратегии государственной политики в отношении наркотиков на период до 2020 года».⁴⁷ В этом документе были изменены акценты по сравнению с предыдущими законами и решениями Правительства по этой тематике. Появились упоминания о научно-обоснованном подходе к решению проблем, вызванных неконтролируемым употреблением наркотических веществ, уменьшился крен в сторону репрессивной наркополитики, были задекларированы существенные изменения в отношении к пациентам с зависимостью и к процессу их лечения. В Стратегии говорится, что речь идет о хроническом заболевании, которое нельзя идентифицировать как преступное поведение. Впервые на высоком законодательном уровне получил права термин «стигматизация» в отношении людей, употребляющих наркотики, и было заявлено о необходимости препятствовать распространению этого фактора. Важной новацией Стратегии является следующая формулировка: «Стратегическая парадигма государственной политики в отношении наркотиков - потребность во всестороннем переходе от карательного, уголовно-правового направления антинаркотических мероприятий к лечебно-профилактическим как наиболее плодотворным в контексте преодоления наркомании». В то же время, хотя в Стратегии и упоминается ПТАО, это делается без указания масштабов её применения, доказанной эффективности, необходимости широкого внедрения и жизненной важности для профилактики преждевременной смертности. О ПТАО говорится как об одном из методов в ряду прочих лечебно-реабилитационных мероприятий. Не встречается также указаний на необходимость финансировать данный вид лечения из средств центрального и муниципальных бюджетов.

Шагом вперед можно считать распоряжение КМУ, изданное в феврале 2019 года: «Об утверждении плана мероприятий на 2019-2020 годы по реализации Стратегии государственной политики в **отношении наркотиков** на период до 2020 года».⁴⁸ В нем содержатся конкретные рекомендации по развитию ПТАО в стране и указаны государственные органы, отвечающие за выполнение отдельных положений плана. В частности, имеется отдельный пункт о преодолении стигмы и дискриминации. Рекомендовано внести изменения в нормативно-правовые акты относительно лиц с расстройствами вследствие употребления ПАВ и подготовить с этой целью проект изменений, который будет принят КМУ. Работу поручено МЗ, МВД, МСПУ и Уполномоченному ВР по правам человека. Также предложено в течение 2019-2020 гг. утвердить стандарты медицинской помощи для лиц с наркотической зависимостью. Отдельным пунктом указана необходимость разработать и утвердить приказы о внедрении

комплексной интегрированной медицинской помощи для этого контингента на уровне первичной медицинской помощи.

В 2018 был принят Закон Украины «О государственных финансовых гарантиях медицинского обслуживания населения»,⁴⁹ предусматривающий получение необходимых медицинских услуг и лекарственных средств надлежащего качества за счет средств Государственного бюджета Украины. Благодаря этому закону стало возможным обеспечить материальную заинтересованность в том, чтобы предоставлять ПТАО в учреждениях первичного уровня, т.е. в центрах первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП)/семейных поликлиниках и обеспечивать пациентов с опиоидной зависимостью интегрированной медицинской помощью, как прочих пациентов с той или иной соматической патологией. Данный подход позволяет не только облегчить доступ к ПТАО и снизить уровень стигматизации, но и повысить обеспеченность лиц с зависимостью полноценным объемом медицинских услуг.⁵⁰ В то же время лечебные учреждения до настоящего времени не практикуют закупок препаратов для ПТАО и не обеспечивают гибкого реагирования на потребности своих пациентов. Всё делается централизованно, на основании регулярно издаваемых приказов МЗ. Данная система является слишком громоздкой и не способна отвечать на меняющиеся условия в отдельных областях и медицинских центрах, обеспечивающих ПТАО.

3.3. Подготовка кадров

Подготовка врачей и среднего медицинского персонала по вопросам ПТАО проходит как в государственных учебных заведениях, так и на базе общественных организаций и частных образовательных учреждений. Однако тема ПТАО рассматривается очень кратко в медицинских ВУЗах в курсе психиатрии. До настоящего времени студенты не получают современной информации о наркотиках, наркотической зависимости и современных методах лечения. Таким образом, данная тематика преподается только на факультетах усовершенствования и в курсе последипломного обучения, где за последние 15 лет отмечен существенный прогресс. В частности, УИПОЗ по заказу УЦОЗ разработал онлайн-курс подготовки семейных врачей, чтобы они имели право и умели назначать и проводить ПТАО. Этот курс утвержден в качестве официального курса тематического усовершенствования (ТУ) в Национальной медицинской академии последипломного обучения (НМАПО) им. Шупика. Только в течение 2019 года 202 медработника прошли указанный онлайн-курс, из них 33 врача получили сертификаты тематического усовершенствования государственного образца. Аналогичный курс ТУ был разработан в

Харьковской академии последипломного обучения и для наркологов. Также в течение 2017-2019 годов на базе УИПОЗ совместно с НМАПО им. Шупика прошли обучение и получили сертификаты тематического усовершенствования 79 семейных врачей. В то же время устаревшие на наш взгляд требования в отношении того, что только врач-нарколог имеет право назначить ПТАО, по-прежнему действуют, что ограничивает возможности врачей, не имеющих специализации по наркологии, самостоятельно проводить лечение опиоидной зависимости.

Подробнее о подготовке кадров изложено в разделе 4.4. «Человеческие ресурсы».

3.4. Прогресс

В 2005 году, то есть в самом начале проведения ПТАО в Украине, был создан ресурсный центр по вопросам лечения опиоидной зависимости и профилактики ВИЧ-инфекции в среде ЛУНИ. В его задачу входило проведение научной оценки эффективности терапии, разработка программы и проведения тренингов для медицинского персонала и социальных работников, а также подготовка клинического протокола, который был издан в 2008 году в виде методических рекомендаций, которые, в свою очередь, были утверждены приказом МЗУ № 645 от 10.11.2008 г. «Об утверждении методических рекомендаций по проведению заместительной поддерживающей терапии при лечении больных с синдромом зависимости от опиоидов». В основу этого документа были положены рекомендации ВОЗ, других ведущих клинических центров, касающихся внедрения и проведения ПТАО, а также результаты последних научных исследований.⁵¹ Несколько позднее был подготовлен и утвержден приказом номер 476 от 19.05.2008 «Стандарт лечения ВИЧ-позитивных людей, которые являются потребителями инъекционных наркотиков». В нем практически повторялись все предыдущие рекомендации и указывалось, что для больных с ВИЧ-инфекцией ПТАО является средством выбора, и ей должно отдаваться предпочтение перед другими методами терапии опиоидной зависимости.

Помимо практического внедрения ПТАО, в Украине постоянно велись и ведутся исследования, направленные на оценку эффективности лечения;²⁴ на изучение барьеров, препятствующих доступу и влияющих на успешность терапии;⁵²⁻⁵⁴ изучались различные модели предоставления услуг;²³ приверженность к лечению и то, как отражается терапия агонистами на течении инфекционных сопутствующих заболеваний (ВИЧ-инфекции, туберкулеза⁵⁵), психических расстройств;⁵⁶ оценивались долговременные последствия и возможность расширения ПТАО с точки зрения влияния на эпидемию ВИЧ-инфекции с помощью математических моделей и пр.⁵⁷ В Украине был реализован научный проект HPTN-074 (HIV Prevention TrialsNetwork), целью которого было оценить новую концепцию

(Treatment as Prevention) профилактики ВИЧ-инфекции в среде ЛУНИ через обеспечение для всех инъекционных потребителей наркотиков беспрепятственного доступа к ПТАО.⁵⁸

Особый интерес представляют данные математического моделирования ⁵⁷ и, в частности, недавно проведенное в Украине исследование, показавшее, что при нынешних эпидемической ситуации и уровне охвата ПТАО численность новых случаев ВИЧ среди ЛУНИ через 10 лет составит примерно 59 тысяч человек. Однако если охват ПТАО повысить до 10 или 20%, то это число сократится на 4,4 и 10,9 тысяч, соответственно, а число смертей, связанных с ВИЧ/СПИДом, уменьшится на 7,1 и 17,9 тысяч.⁵⁹

По результатам всех исследований разрабатывались практические рекомендации, подавались в МЗУ и УЦОЗ аналитические записки, публиковались научные статьи в национальных и международных журналах. Украинские специалисты участвовали в общественных дискуссиях, готовили с адвокационной целью публицистические статьи для широкого читателя.

Особое внимание уделялось вопросу внедрения ПТАО в местах лишения свободы. Начиная с 2010 года, УИПОЗ в тесном сотрудничестве с Медицинской школой Йельского университета осуществляет исследовательский проект, направленный на изучение взаимосвязи между употреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией в пенитенциарной системе Украины. Была проведена тщательная оценка текущей ситуации, установлено, что численность ЛУНИ в местах лишения свободы в Украине приближается к 50% от числа всех осужденных;¹² проанализированы законодательные условия в отношении проведения ПТАО, разработаны рекомендации по ее внедрению в местах лишения свободы. Было изучено отношение медицинского и немедицинского персонала пенитенциарной системы к поддерживающей терапии, проведена большая работа по адвокации и обучению персонала. Кроме того, проводилось сравнение пенитенциарных систем других стран ВЕЦА, в частности, Молдовы, Грузии, Киргизстана и Армении, на основании чего Министерству юстиции подавались аналитические записки, а также готовились проекты приказов, которые должны были позволить внедрить ПТАО в медицинскую практику пенитенциарной системы Украины.

За последние два года государство взяло на себя финансирование закупок и доставки для ЛУ медикаментов ПТАО. Есть основания считать, что в части обеспечения медикаментами для ПТАО процесс перехода от донорской поддержки к национальному финансированию завершен. (Подробно о финансировании см. в разделе «Финансы и другие ресурсы»). За счет этого стало возможным выделяемые донорами (ГФ, PEPFAR) средства использовать для проектов, направленных на повышение эффективности ПТАО.

Спонсорство со стороны НИИ позволило реализовать ряд исследовательских проектов и по их результатам внедрить относительно новые виды сервиса. В целом это привело к существенному увеличению охвата и улучшению качества ПТАО. В новой редакции основополагающего приказа МЗУ (№ 200 от 2012 г.) и Приказе от 17.12.2015 № 863 «О внесении изменений в приказ №200» [60](#) появился такой вид услуг, как выдача рецептов на руки или выдача препаратов на дом; широко внедрено применение ПТАО в ЦПМСП; пациентам, получающим метадон, стали проводить скрининг на наличие депрессивных расстройств и при наличии показаний назначать терапию антидепрессантами в наркологических учреждениях без необходимости нуждающимся обращаться в психиатрическую службу. Кроме того, работают современные в технологическом отношении формы оказания психологической помощи пациентам ПТАО: консультации в телефонном режиме и «горячая линия» для пациентов ПТАО; для потребностей обучения медицинских работников была распространена мобильная версия клинического руководства для смартфонов, которую без ограничений можно загрузить на смартфон, например, через AppStore, набрав «ПТАО».

3.5. Барьеры и вызовы

Барьеры в отношении ПТАО носят как местный (институциональный), так и общенациональный (системный) характер. [52.53.61.62](#) К первым можно отнести неудобный график выдачи препаратов, который часто формируется исходя из удобства персонала, но не пациентов. Барьерами также являются недостаточная оснащенность ЛУ и, соответственно, неспособность предоставлять интегрированную медицинскую помощь, и низкий уровень мотивации медперсонала, обусловленный рядом факторов, в том числе стигматизацией наркозависимости. В ряде случаев врачи-наркологи не выдерживают необходимый режим в отношении дозировок препаратов ПТАО, позволяют недопустимое поведение по отношению к пациентам, что объясняется отсутствием контроля со стороны фармакологических комиссий на местах и общим пренебрежительным отношением к данной категории пациентов.

Необходимо упомянуть плохую обеспеченность ЛУ персоналом, оказывающим психологическую поддержку и социально-психологическое сопровождение пациентов. Только незначительное число сайтов ПТАО имеет штатных психологов, к тому же отсутствуют обязательные протоколы или стандартные операционные процедуры (СОП) для проведения психологического консультирования. Ни одно учебное заведение не готовит социальных работников или консультантов по зависимости для работы в условиях программ ПТАО. Большинство таких сотрудников обучались на кратковременных

тренингах, проводимых за средства доноров. Отдельной проблемой является то, что консультанты по зависимости и/или социальные работники для программ ПТАО в подавляющем большинстве случаев рекрутируются из числа бывших пациентов, прошедших реабилитацию по программе «12 Шагов». В этих ситуациях соцработники зачастую стремятся ориентировать пациентов на переход к свободному от всех наркотиков образу жизни, что вступает в противоречие с философией ПТАО и ведет к необоснованно раннему прекращению лечения.

Предоставление ПТАО осуществляется преимущественно в формате бесплатной, гарантированной государством медицинской помощи, но эта система имеет определенные и, можно сказать, типичные недостатки, обусловленные централизованным подходом. Среди них - необходимость пройти предварительное обследование (флюорография, анализы крови, ЭКГ и т.п.), которое задерживает получение непосредственной помощи в момент обращения; ограниченный выбор препаратов, назначаемых врачом (многие пациенты предпочли бы получать бупренорфин, но им могут назначить только более предпочтительный с экономической точки зрения метадон); необходимость быть официально зарегистрированным и поставленным на наркологический учет. В силу этих или иных подобных причин многие пациенты предпочитают получать лечение, оплачивая его из собственных средств, но избежав нежелательных обстоятельств, сопровождающих бесплатную помощь.

К системным барьерам можно отнести следующие:

- 1) Излишне консервативная наркополитика и расплывчатое, позволяющее различные толкования законодательство: в одинаковых ситуациях применяются различные по смыслу правила (например, один закон позволяет проводить лечение анонимно,⁶³ а другая межведомственная инструкция требует постановки всех пациентов на учет и информирования полиции⁶⁴). В подобных случаях выбор той или иной практики зависит от позиции руководителя наркологической службы или практического исполнителя.
- 2) Общая структура организации медицинской помощи, доставшаяся в наследство от СССР, где заболевания, вызванные употреблением наркотиков, были отнесены к компетенции наркологической службы, которая формировалась с заметным репрессивным уклоном.
- 3) Активное вмешательство в работу наркологической службы полиции. Причем давление со стороны «силовых» органов испытывают не только пациенты, но и медперсонал, что не может не сказываться на качестве работы.

4) При общем скудном финансировании потребностей здравоохранения у руководителей ЛУ возникает искушение максимально экономить расходы за счет лиц с зависимостью от наркотиков, что отражает влияние стигмы и служит проявлением дискриминации.

5) Достаточно эффективная централизованная система логистики имеет и слабые места. Обеспеченность некоторых областей и ЛУ препаратами часто оказывается недостаточной, в то время как в других образуется избыток метадона или бупренорфина. Это связано с тем, что запросы на препараты формируются задолго до того, как происходит фактическое поступление препаратов на места, и за это время потребности могут в силу различных причин измениться, а механизм передачи из одной области в другую хотя и существует, но является слишком затратным по времени и необходимым усилиям. Следующая проблема, связанная с централизованным характером закупок, - отсутствие конкуренции между производителями из-за того, что при проведении государственных закупок по системе тендеров выигрывает и, соответственно, приобретается тот препарат, на который производитель ставит наиболее низкую цену. При такой системе импортные и зачастую более качественные препараты в ЛУ не попадают. В то же время многочисленные жалобы пациентов на низкое качество метадона или бупренорфина не оформляются соответствующим образом, не направляются в государственный экспертный центр (ГЭЦ), и, соответственно, меры не принимаются.¹⁵

Можно считать, что системные барьеры, в отличие от институциональных, существенных изменений не претерпели. В любой момент, при соответствующем изменении политической ситуации, сохраняющей в современной Украине высокую волатильность, имеющиеся барьеры могут сыграть ключевую роль в сокращении доступа пациентов к ПТАО, и в этом смысле устойчивость программ остается в зоне умеренного риска. В то же время необходимо отметить, что правоприменительная практика в отношении ЛУНИ и, в частности, пациентов ПТАО стала менее репрессивной, и на практике многие барьеры за последние 2 года были преодолены. Основную роль при этом играют два фактора: однозначная позиция УЦОЗ, последовательно отстаивающего принципы доказательной медицины и уважения к правам пациентов, а также активное вмешательство в процесс предоставления помощи лицам с зависимостью со стороны гражданского общества через такие организации, как «ВОЛНА», АСТАУ, МБФ «Альянс общественного здоровья», БО «100% Жизни» (ранее Всеукраинская сеть ЛЖВ) и другие.

Говоря о барьерах, мешающих оптимальным образом проводить ПТАО в достаточном объеме, следует сказать, что данная проблема подробно изучена и изложена в

ряде публикаций, а также в многочисленных выступлениях официальных представителей МЗ и УЦОЗ.^{65,66} К трем основным выявленным барьерам относятся: (1) строгие правила и негибкая политика, предписывающая распределение и выдачу препаратов ПТАО; (2) отсутствие системного подхода к оценке потребностей в ПТАО на региональном или местном уровне; и (3) Ограниченные объемы финансирования и негибкие механизмы выделения средств в сочетании с отсутствием местного / регионального контроля за финансированием услуг ПТАО.

Имеющиеся барьеры рекомендовано рассматривать как минимум в трех измерениях: индивидуальные, институциональные и структурные.⁵² Наиболее распространенные индивидуальные барьеры обусловлены предрассудками и моралистическими взглядами.⁵³ Структурные связаны с особенностями законодательства, криминализирующим потребление и хранение наркотических веществ, в том числе метадона, а также с многочисленными злоупотреблениями со стороны полиции, которая продолжает воспринимать потребителей наркотиков как преступников.^{27,54}

Одним из наиболее часто упоминаемых барьеров до недавнего времени было требование обязательного ежедневного посещения ЛУ для получения назначенной дозы препарата, поскольку до вступления в силу новой редакции приказа МЗУ №200 выдача заместительных препаратов на дом была запрещена. В последние годы этот барьер был снят, и сейчас около 50% всех пациентов получают препарат для домашнего приема, посещая ЛУ один раз в неделю или в 10 дней, что, безусловно, повышает для них привлекательность этого вида лечения.

В 2019 году распоряжением Кабинета министров № 1415-р была утверждена Стратегия в сфере **противодействия ВИЧ-инфекции/СПИД, туберкулезу и вирусным гепатитам** на период до 2030 года.⁶⁷ Этим документ констатирует, что в Украине, несмотря на многочисленные усилия государства и международного донорского сообщества, не удастся взять эпидемию ВИЧ-инфекции под контроль, и хотя темпы ее существенно замедлились, она продолжает расти. В то же время наиболее уязвимой группой остаются ЛУНИ, и необходимо развивать ПТАО, в частности, доступ к ней следует обеспечить в пенитенциарной системе. Кроме того, в Стратегии оговаривается необходимость «...обеспечить доступ представителям ключевых групп населения, в частности лицам, употребляющим наркотики инъекционно, в программы снижения вреда и лечения наркозависимости с целью предотвращения ре-инфицирования после достижения устойчивого вирусологического ответа».

Важным обстоятельством есть то, что в данной Стратегии указаны количественные индикаторы: при том, что в 2020 году охват ПТАО составляет 5,5% от оценочной численности ЛУНИ, к 2025 году намечено увеличить этот показатель до 15%, а к 2030 - до 40%. Инновационным для документов подобного рода является положение о включении представителей заинтересованных сторон, в частности пациентских сообществ и ключевых групп населения, в процесс разработки политик, принятия решений и обеспечена возможность вносить предложения к рассмотрению при принятии решений.

Оценивая существующие барьеры, начальник сектора заместительной поддерживающей терапии и вирусных гепатитов УЦОЗ И.А.Иванчук указывает на следующие факторы: 1) мифы и недостоверная информация о ПТАО и действии метадона, в частности; 2) географическая труднодоступность (в городах с большим населением может быть не более одного-двух ЛУ, предлагающих ПТАО), особенно в сельской местности; 3) недостаточно простая система приема пациентов на ПТАО (требуется пройти ряд дополнительных исследований и тестов перед началом лечения), а также стигма и недружелюбное отношение со стороны медперсонала; 4) необходимость официальной постановки на диспансерный учет, что влечет за собой лишение определенных прав на профессию и/или на вождение автотранспорта; 5) неоправданно усложненные требования для постановки диагноза зависимости, включающие необходимость стационарного обследования и участия нарколога; 6) неизбежные трудности в организации повседневной жизни и работы пациентов при необходимости регулярно посещать ЛУ и принимать участие в обязательных мероприятиях по осуществлению ПТАО.⁶⁶ Кроме того, по данным статистики, которую ведет УЦОЗ, средние дозы назначаемых заместительных препаратов в целом по Украине существенно ниже рекомендованных ВОЗ и национальным протоколом.¹⁵ Это позволяет сделать вывод о недостаточной профессиональной подготовке специалистов, осуществляющих ПТАО, что также можно отнести к барьерам.⁶¹

Необходимо остановиться на инструкции «Порядок выявления и постановки на учет лиц, незаконно потребляющих наркотические средства и психотропные вещества», по сути регламентирующей диагностику наркотической зависимости и назначение лечения.⁶⁴ Данный документ принят в виде совместного приказа МЗУ, МВД, Генпрокуратуры и МЮУ, и хотя он касается вопросов диагностики и лечения, его изменение не является компетенцией МЗУ, а требует решения совместно с другими перечисленными ведомствами. Инструкция была составлена в 1997 году, когда концептуальное отношение к потребителям наркотиков была принципиально иным и отмечался выраженный репрессивный уклон в решении этой проблемы. Например, в Инструкции указывается в п.

2.7: «В случае установления лицу диагноза "наркомания", "токсикомания" и назначения диспансерной наркологической помощи и надзора, на него заполняется соответствующая медицинская документация, о чем уведомляются органы внутренних дел».

Поскольку данный порядок сохраняется, каждый врач-нарколог формально обязан уведомлять местную полицию о каждом случае установления диагноза. Каким образом при этом возможно обеспечить пациенту конфиденциальность? В настоящее время контекст существенным образом изменился, и огромное количество больных обращаются за медицинской помощью по собственной инициативе; теперь не требуется собирать «доказательства» для установления диагноза зависимости от ПАВ. Упомянутая инструкция создавалась тогда, когда постановка человеку диагноза «наркомания» носила характер полицейского мероприятия и требовала объективного подтверждения - как минимум стационарного наблюдения. Также предполагалось, что человек, которому устанавливался диагноз против его желания, мог обращаться в различные инстанции, в том числе в суд, для обжалования диагноза и признания его необоснованным. Отсюда появилось требование непременно участия нарколога в установлении диагноза. Сегодня необходимость такого рода может быть обусловлена разве что проведением судебно-наркологической экспертизы, однако любой врач, имеющий соответствующую подготовку и не обязательно обладающий квалификацией нарколога, может установить диагноз зависимости добровольно обратившемуся пациенту.

3.6. Влияние перехода

Программа ПТАО включена в текущие планы, одобренные правительством и принятые на региональном уровне соответствующими институтами, отвечающими за общественное здоровье (департаменты общественного здоровья при областных администрациях). Не существует отдельного документа, который мог бы считаться национальным планом перехода для ПТАО, но некоторые положения, касающиеся проблем, связанных с переходом от финансирования ГФ к государственному, заложены в плане по переходу к госфинансированию контроля эпидемии ВИЧ-инфекции, который был изложен в презентации директора УЦОЗ.⁶⁵

Переход на национальное финансирование имеет не только положительное, но и негативное влияние на развитие ПТАО. Тот факт, что государство в настоящее время финансирует большую часть расходов, связанную с закупками, делает перспективы предоставления ПТАО более оптимистическими, чем ранее, когда всем было известно, что грант ГФ предоставляется на ограниченное время и, соответственно, среди пациентов и профессионалов царила неуверенность в будущем. Но не стоит забывать, что при сложной

экономической ситуации, складывающейся в последние месяцы (недополучение значительных сумм в бюджет страны из-за дефектов управления, ухудшение общей ситуации с экспортом украинской продукции на традиционные рынки и совсем недавнего фактора – пандемии Covid-19), средства, выделенные государством, могут оказаться лишь в планах, а не в реальности. Правда, пока запас уже имеющихся медикаментов позволяет рассчитывать на благополучное существование сайтов ПТАО в течение ближайшего полугодия, однако невозможно прогнозировать дальнейшее развитие ситуации. .

Также нужно указать, что поскольку финансирование, а, следовательно, и все управление ПТАО становится прерогативой государства, неизбежно значительное влияние приобретает фактор избыточной бюрократизации, когда речь идет об организации централизованной услуги в стране с 44-миллионным населением. Подготовка приказа МЗУ, на основании которого делается закупка и распределение препаратов, занимает длительное время, и к моменту поступления медикаментов к непосредственным провайдером услуг ситуация может существенно меняться. Перераспределение и оперативное реагирование крайне затруднены из-за инертности руководителей и косного законодательства в отношении наркотических веществ на что, в частности, указано в опубликованном исследовании. В настоящее время, по утверждению руководителя отдела в ЦОЗУ, эта процедура упрощена.⁶¹

3.7. Возможности и дальнейшие шаги

Необходимо продолжить работу уже существующей, но долгое время бездействующей рабочей группы при МЗУ по вопросам проведения ПТАО. Ее деятельность направлена на поэтапное снятие существующих барьеров и выработку оптимальной стратегии в отношении лиц с опиоидной зависимостью.

Также необходимо продолжать работу над оптимизацией программы медицинский гарантий (ПМГ) и НСЗУ, чтобы повысить финансовое обеспечение медицинской помощи пациентам ПТАО, для адекватной мотивации медперсонала проводить эту терапию. Некоторые дальнейшие шаги предусмотрены новой редакцией приказа МЗУ №200, который сейчас проходит стадию обсуждения. Речь идет о предоставлении возможности для негосударственных ЛУ, имеющих лицензию на оборот наркотиков, не только обеспечивать лечение синдрома отмены опиоидов (как это допускается сегодня), но и предоставлять ПТАО в соответствии с национальным клиническим протоколом (что в данный момент запрещено, поскольку этот вид долговременной терапии может применяться лишь в государственных клиниках).

Имеющиеся проблемы принципиально поможет решить введение требования для всех департаментов общественного здоровья обеспечить лечением не менее 20% от расчетного числа ЛУНИ в каждой области и проведение децентрализации процесса закупок метадона и бупренорфина, как это происходит для остальных наркотических средств. В этом случае каждый областной наркологический диспансер, исходя из своих потребностей, сможет своевременно закупать требуемое количество препаратов; при этом важно, чтобы центральный орган (УЦОЗ) проводил мониторинг количества пациентов ПТАО и качество проводимой терапии.

По-прежнему на повестке дня стоит вопрос о гуманизации наркополитики и приведении национального законодательства о наркотиках в соответствие с требованиями общественного здоровья, а не только общественной безопасности.

Таблица № 1. План УЦОЗ на ближайшие 5 лет

Расширение программ (ежегодно на 5 288 пациентов)	внедрение и развитие ПТАО на уровне первичного звена
	обновление методики расчета потребности
	усиление переадресации по программам снижения вреда
	устранение нормативных барьеров и препятствий, обеспечение соблюдения прав пациентов и медперсонала
Достижение целей 90-90-90 (100-95-90 для пациентов ПТАО)	разработка планов достижения целей для каждого региона
	работа социальных работников и НПО
	оптимизация АРТ и упрощение маршрута ВИЧ + пациента
	улучшение взаимодействия с ВИЧ-сервисами
Расширение доступа	упрощение маршрута пациента с зависимостью
	расширение сети сайтов
	адвокация открытия сайтов на местном уровне
	обеспечение непрерывности услуг, соблюдение прав участников ПТАО

4. Финансы и другие ресурсы

Финансы и ресурсы	Средняя устойчивость
Препараты	Средняя устойчивость
Финансовые ресурсы	Средняя устойчивость
Человеческие ресурсы	Средняя устойчивость
Доказательная база и информационные системы	Существенная устойчивость

4.1. Обзор ситуации с устойчивостью

Прогресс в финансировании развития программы ПТАО в сфере предоставления медицинских услуг, производстве и осуществлении закупок отечественных препаратов ПТАО за последних два года можно оценить как *существенный*. Приверженность государства к поддержке и расширению программ ПТАО отражена на законодательном уровне, где финансирование услуг по профилактике ВИЧ за бюджетные средства происходит в рамках реализации Плана перехода от донорского к государственному финансированию (20-50-80).⁶⁸ Государственная стратегия в сфере противодействия ВИЧ-инфекции / СПИДу, туберкулезу и вирусным гепатитам на период до 2030 года⁶⁷ предполагает следующий охват заместительной поддерживающей терапией: в 2020 - 5,5%, в 2025 - 15%, в 2030 - 40% от оценочного числа лиц, которые употребляют опиоиды инъекционно и имеют зависимость. УЦОЗ взял на себя лидерство в разработке и внедрении политики в отношении ПТАО.⁶⁹

Важным достижением стало включение ПТАО в *программу медицинских гарантий*, которая ориентирована на длительное удержание пациентов.⁷⁰ Разработан детальный План развития программы заместительной поддерживающей терапии в 2019 - 2023 годах, где базовый показатель - количество лиц, получающих ПТАО по состоянию на 01.07.18 г., от оценочного количества потребителей опиоидов, - зафиксирован на уровне 3,5%. До 2023 года поставлена цель достичь охвата ПТАО на уровне 7,8%, осуществляя ежегодный прирост на уровне 1% для каждого региона - за счет увеличения как количества сайтов, так и количества пациентов.⁷¹ Договоры на поставку услуг ПТАО впервые будут подписываться напрямую с клиниками, где предусматривается оплата ведения одного пациента за определенный период. Также был разработан и действует более гибкий механизм бюджетирования ПТАО – можно менять договор на поставку услуг ПТАО до истечения действующего договора, что должно существенно упростить масштабирование

программы ПТАО в стране. Существуют примеры успешного финансирования ПТАО из местных бюджетов, что благоприятно сказывается на доступе к лечению и определяет устойчивость программы на местном уровне.¹⁵

Несмотря на в целом позитивную тенденцию в развитии, присутствует многостороннее сопротивление расширению программы ПТАО со стороны государственных ведомств и существуют многочисленные барьеры в нормативной базе.⁷⁰ Программа ПТАО недофинансирована для достижения охватов, рекомендуемых ВОЗ. Обязательства по подготовке и обеспечению работы кадров ПТАО не подкреплены соответствующим бюджетом. Кроме того, качество отечественных препаратов ПТАО ниже импортных аналогов, а механизмы фармакологического контроля и роль сообществ в обеспечении качества программы ПТАО в стране находятся на начальной стадии своего развития, что не позволяет достичь существенного уровня устойчивости.¹⁵

В рамках перехода на государственное финансирование на данный момент созданы условия и выработаны механизмы устойчивого функционирования системы предоставления услуг ПТАО зарегистрированным пациентам. Однако в условиях политической и экономической нестабильности в Украине прогнозирование устойчивости и оптимального финансирования существующих программ ПТАО является сложным, особенно в контексте расширения программы и сложившегося дефицита государственного бюджета в 2020 году.⁷²

4.2. Препараты

В Украине для ПТАО используются метадон (в таблетках и сиропе) и бупренорфин (Эднок, Бупрен, Бупренорфина гидрохлорид в таблетках по 2, 4 и 8 мг). Форма «бупренорфин + налоксон» в Украине зарегистрирована, но не используется. Первоначально (в период 2004-2008 гг.) препараты для ПТАО импортировались и закупались в Индии («Русан Фарма Лтд» поставляла бупренорфина гидрохлорид, торговое название Эднок), в Канаде («Фармасайенс» – метадона гидрохлорид, название Метадол) и в ФРГ («Салютас Фарма ГмбХ» – метадона гидрохлорид, название Метадикт). Постепенно эти препараты замещались продукцией отечественного производства – Харьковского завода «Здоровье народа» и Одесского – «Интерхим». Данные препараты вызывали и продолжают вызывать многочисленные нарекания со стороны пациентов.¹⁵ В результате специальной проверки, проведенной Национальным экспертным центром, было установлено, что в проверенной партии бупренорфина производства «Здоровье Народа» дефицит активной субстанции составил 25%. Несмотря на то, что повторная экспертиза признала эти выводы ошибочными, испытываемая партия препарата была изъята и заменена

на другую партию такого же препарата украинского производства. В итоге отечественные препараты все равно получают преимущество в тендерах по закупке, поскольку предоставляют не только существенно меньшую цену, что при выборе поставщика играет основную роль, но и позволяют более оперативно, практически без задержек осуществлять поставки.

В результате в настоящее время имеется целая группа пациентов, которые выступают от имени и других участников ПТАО с многочисленными претензиями в отношении метадона и бупренорфина отечественного производства. Особенно многочисленны жалобы на плохое качество препаратов, изготавливаемых Харьковским заводом «Здоровье народа». В то же время клиницисты и независимые эксперты неоднократно имели возможность убедиться, что в части подобных жалоб ведущую роль играют психосоциальные механизмы, а не фармакологические свойства того или иного продукта, поэтому невозможно определенно сказать, насколько отечественные препараты менее эффективны в сравнении с зарубежными аналогами. Можно лишь констатировать, что среди пациентов удовлетворенность качеством препаратов невысока. Не исключено, что определенную роль в этом феномене играет недостаточная просветительская работа со стороны медперсонала и представителей соответствующих НПО. Возможно, информирование наиболее активной части пациентов о механизмах действия фармакологических агентов, об участии в них психологических реакций и эффекте плацебо привело бы к снижению напряжения в данном вопросе.

Закупки медикаментов для ПТАО урегулированы соответствующим законодательством.⁷³ Предусматривается пропорциональное расширение как для метадона, так и для бупренорфина; ежегодные цели рассчитаны для каждого региона в разрезе препаратов (Приложения, Таблица Б).^{66,67} Закупку препаратов осуществляет государственное предприятие «Медицинские закупки Украины» МЗУ.⁷⁴ Согласно информации ключевых респондентов, благодаря более эффективным алгоритмам закупок возникла существенная экономия средств.^{15,70} Эта экономия будет распределена для будущих закупок, за что проголосовала рабочая группа ПТАО при МЗУ.¹⁵ Контроль за ценами на препараты ПТАО оптимален, поскольку закупки прозрачны и проходят через государственное предприятие под контролем *сообществ*.

Представители сообществ являются постоянными участниками комитетов и рабочих групп при МЗУ. Хорошим примером во взаимодействии с гражданским сектором является совместная с сообществами работа УЦОЗ над улучшением процедур по планированию потребности в препарате ПТАО и формировании соответствующих

запросов.¹⁵ Однако часто реакция ведомств на национальном и локальном уровне на запросы сообществ появляется с опозданием или же требует дополнительных усилий для обеспечения качества предоставляемых услуг ПТАО. Немаловажно, что сегодня цены на препараты ПТАО в Украине являются одними из самых низких в мире.^{15,75-78} В то же время имели место многократные жалобы пациентов на плохое качество этих медикаментов; часть жалоб была подтверждена официальным заключением экспертизы, инициированной сообществами. Впоследствии УЦОЗ совместно с сообществами разработал механизм контроля качества препаратов, однако данный алгоритм находится в начальной стадии своей практической реализации, и данные о его эффективности ограничены.¹⁵ То обстоятельство, что пациенты не доверяют отечественной продукции и высказывают жалобы на низкое качество препаратов свидетельствует о том, что психологическая поддержка, предоставляемая им в ЛУ, не обеспечивает объективное отношение к проводимой терапии.

Большинство позитивных изменений в секторе ПТАО, как правило, происходят под давлением сообществ пациентов или профильных НПО. Имеющиеся проблемы возникают из-за дефицита политической воли и недостаточной компетенции ведомств. Например, наблюдались перебои с поставками препаратов во втором полугодии 2019 года.¹⁵ Это было связано с тем, что возникла проблема с закупкой препаратов за счет каталитического финансирования ГФ. Чтобы предупредить остановку лечения, были снижены дозы препаратов для пациентов.¹⁵ Потребовалось несколько недель, чтобы восстановить процесс в полном объеме. Кроме того, реорганизация сектора ПТАО в рамках перехода часто оказывается непонятной специалистам на местах - они жалуются, что не знают, как формировать документацию, необходимую для финансирования и предоставления услуг ПТАО.^{15,70} В частности, есть проблемы с подготовкой необходимой документации и подачей ее в УЦОЗ и НСЗУ.⁷⁹ Сейчас этот процесс неадекватно координируется на местном уровне: местные департаменты пассивны в этом отношении из-за недостатка мотивации и технической компетентности..

Необходимо отметить, что проведение ПТАО связано и с другими неизбежными сложностями, обусловленными двумя факторами: чрезвычайно строгим контролем за оборотом наркотических веществ со стороны силовых ведомств и особенностями поведения пациентов ПТАО, которые во многом объясняются существующей стигмой по отношению к людям с зависимостью. Оценка количества препарата для закупок и планирование распределения происходит на основе средней дозы, что многие

стейкхолдеры считается некорректным подходом.¹⁵ УЦОЗ признает, что данный подход устарел, и в настоящее время работает над изменением методики.

Гражданское общество допускается к принятию решений по качеству, количеству и распределению препаратов ПТАО, но представительство сообществ недостаточно. Многие предложения активистов остаются без ответа - например, выбор заместительного препарата, списка его производителей и т.д. Врачи связывают недовольство пациентов с особенностями их психики, протестными тенденциями и взаимным индуцированием жалоб (когда жалобы одного пациента некритично воспринимаются и подхватываются другими). В то же время, как уже упоминалось, когда НПО «Волна» из-за многочисленных жалоб пациентов на низкое качество препаратов инициировала проведение независимой экспертизы, было обнаружено несоответствие количества бупренорфина в назначаемых таблетках.

Существенным барьером для диверсификации и улучшения качества препарата является отсутствие конкуренции на рынке препаратов ПТАО – в Украине работают только два отечественных производителя агонистов, а зарубежные производители с более качественным продуктом не получают доступ из-за более высокой стоимости своих препаратов.

Можно заключить, что переход на государственное финансирование в целом позитивно повлиял на устойчивость программ ПТАО. Формально этот процесс уже завершен, хотя малая доля финансирования препарата ПТАО за счет международных организаций все еще присутствует (Приложения, Таблица А). Важнейшую роль сыграл УЦОЗ, отстояв увеличение государственного финансирования, увеличение целей, включение ПТАО в пакет медицинских гарантий и оптимизацию механизмов закупки и распределения препаратов. Поскольку реформа находится на этапе становления, многие механизмы еще не были отработаны, однако УЦОЗ быстро отреагировал и внес изменения в механизм распределения препарата, тем самым создав возможность для быстрого расширения программ ПТАО с апреля 2020 года.

В ходе данной оценки были определены разносторонние возможности и рекомендации для развития и улучшения программы в сфере финансирования и обеспечения препаратом ПТАО на местах. Например, предусмотрен и работает механизм быстрого заключения и пересмотра договоров о предоставлении ПТАО на уровне ЦПМСП, что существенно снижает бюрократическую нагрузку на потенциальных представителей услуг и позволяет в сравнительно короткие сроки организовать пункты предоставления ПТАО.⁷⁰ Существует возможность быстро перераспределять препарат ПТАО между

регионами; для этого требуется наладить эффективную коммуникацию и информирование административного персонала на местах. С помощью вовлечения сообществ и их ресурсов возможно оптимизировать механизм контроля качества препаратов ПТАО. Также из-за сложившейся политической и экономической нестабильности в стране необходимо предусмотреть возможность альтернативного/антикризисного финансирования ПТАО со стороны международных доноров (PEPFAR, Глобальный Фонд).

Важно продолжать оптимизацию механизмов оценки потребностей в препаратах ПТАО, закупок и распределения препаратов, а также межведомственные и межсекторальные взаимодействия, в том числе и в вопросах кадрового обеспечения. Отдельно нужно подчеркнуть необходимость продолжения оптимизации финансово-административных механизмов (например, формирование пакетов разрешительной документации) для расширения программ ПТАО на уровне ЦПМСП.

В заключение важно обеспечить достаточное участие в оценке потребностей представителей сообществ на национальном и локальном уровне, а также наладить эффективную обратную связь и своевременную реакцию на жалобы пациентов.^{[21](#)}

4.3. Финансовые ресурсы

В 2016 году начался процесс перехода от донорской поддержки к финансированию программ ПТАО за средства государственного и местного бюджетов (Приложения, Таблицы А, Б, В).^{[21](#)} Отдельных документов, регламентирующих перевод ПТАО на финансирование за счет государства, не существует.^{[15](#)} Однако в 2016 году, до начала закупки препаратов за государственные средства, была разработана методика по оценке потребностей, которая была утверждена приказом МЗУ и МЮУ.^{[80](#)} Таким образом, из государственного бюджета было выделено 13 млн гривен на закупку препаратов ПТАО для покрытия потребностей пациентов в рамках выполнения международных обязательств по переходу к финансированию программы за счет Государственного бюджета Украины в соответствии с приказом МЗУ и Министерства финансов Украины от 21 октября 2016 года № 1128/888 «О внесении изменения в паспорт бюджетной программы на 2016 год».^{[81](#)}

К 2019 году получено государственное финансирование для большинства пациентов, и на текущий момент потребности в препарате покрыты государством больше чем на 80% (см. Приложения, Таблица А). Внедрение финансирования услуг по профилактике и сопровождению ВИЧ за бюджетные средства происходит в рамках реализации Плана перехода от донорского к государственному финансированию (20-50-

80).⁶⁸ Процесс перехода на государственное финансирование услуг, связанных с ВИЧ, осуществляется в соответствии с постановлением Кабинета Министров Украины № 497 «О некоторых вопросах предоставления услуг представителям группы повышенного риска инфицирования ВИЧ и людям, живущим с ТБ» от 12 июня 2019 года.⁸² В течение второго полугодия 2019 года были пересчитаны и утверждены цели по охвату ПТАО 15 842 пациентов в 2020 году. Цели установлены для каждого региона с учетом готовности к расширению и потребности в увеличении количества лечебных курсов. Кроме того, негосударственные организации при поддержке международных доноров внедряют новую модель финансирования ПТАО на основе результатов. В основе данного подхода находится ускорение процесса достижения национальных целей по набору новых пациентов. Внедрение этой модели происходит на базе трех *государственных* лечебных учреждений.⁸³

Темпы расширения программ ПТАО не являются оптимальными, поскольку только к 2030 году планируется покрыть 40% от потребности. Данное обстоятельство продиктовано прежде всего бюджетными ограничениями и далеким от расчетного фактическим темпом набора новых пациентов. Несмотря на то, что услуги ПТАО включены в программу медицинских гарантий, предполагается выплата только 1600 гривен на пациента за 9 месяцев, что в разы меньше, чем, например, ведение пациента с психическими расстройствами или с туберкулезом (7000 гривен и 21000 гривен за такой же период, соответственно).^{15.70.84} Таким образом, финансирование программы ПТАО является недостаточным. Кроме того, лечебные учреждения не практикуют закупок препаратов – это делается централизованно на основании регулярно издаваемых приказов МЗУ. Данная система является слишком громоздкой и не способна реагировать на меняющиеся потребности отдельных областей и медицинских центров, обеспечивающих ПТАО.

Несмотря на взятые обязательства, не финансируются программы психосоциального сопровождения пациентов ПТАО, программы подготовки медицинского персонала, социальных работников и психологов.^{48.71} В настоящее время психосоциальное сопровождение обеспечивается за счет международного финансирования,⁸⁵ однако потребность в психосоциальном сопровождении клиентов ПТАО значительно превышает существующий масштаб предоставления этой услуги. Например, МБФ «Альянс общественного здоровья» в 2019 году обеспечил психосоциальное сопровождение 40% пациентов на базе 23 региональных НПО.⁸⁶ В то же время проведенное исследование⁸⁷ показывает, что многие пациенты готовы самостоятельно (хотя бы частично) оплачивать

свое лечение, однако механизм такой услуги законодательно не разработан и в настоящее время применяется только для проведения детоксикации.

На данный момент в рамках реформы здравоохранения и существующих моделей предоставления ПТАО существуют широкие возможности для оптимизации программы медицинских гарантий до необходимого уровня финансирования, позволяющего мотивировать семейных врачей и врачей общей практики проводить ПТАО, а также для внедрения гибкой системы мониторинга качества и потребностей в услугах с привлечением сообществ. Также на базе программ ГФ по противодействию ВИЧ существуют наработки для обучения специалистов как медицинского, так и психосоциального профиля при наличии соответствующего финансирования. Обеспечение параллельного доступа на рынок более дорогих, но более качественных импортных препаратов уже в краткосрочной перспективе может благоприятно повлиять на непрерывность и качество лечения. Кроме того, за счет регистрации и внедрения в практику иных препаратов и форм, например, медленно высвобождающегося морфина (Slow-Release Oral Morphine – SROM), бупренорфина в комплексе с налоксоном (Субоксон), пролонгированных форм бупренорфина (Buvidal) и др. можно достигнуть оптимального уровня покрытия и удержания в программе ПТАО.

4.4. Человеческие ресурсы

В 2019 году ПТАО предоставлялось 733 специалистами в 25 областях страны на базе 214 сайтов (Приложения, Таблица Г). Лечебные учреждения, внедряющие программы ПТАО, регулярно получают методическую и организационно техническую поддержку, направленную на повышение качества предоставления услуг, обеспечения их устойчивости, эффективное использование препаратов, внедрение новых моделей финансирования и предоставления услуг.⁸⁶ Планом развития программы заместительной поддерживающей терапии в 2019 - 2023 годах предусматривается проведение обучения врачей первичного звена с выдачей сертификатов тематического усовершенствования, разработка модуля очной части курса, согласование наработок с кафедрой последипломного образования и обновление онлайн-курса ПТАО.⁷¹ Также Планом предусмотрено проведение семинаров/тренингов для медперсонала, социальных работников и активистов сообщества ЛУНИ по повышению качества лечения и обеспечения соблюдения прав наркозависимых людей, в том числе пациентов ПТАО.

Государственное финансирование программы ПТАО ограничивается закупкой препаратов и оплатой труда персонала. Финансирование обучения для предоставления ПТАО и психосоциальной поддержки не предусмотрено,¹⁵ поэтому УЦОЗ готовит предложение в Глобальный Фонд по обучению врачей по ПТАО.⁷⁰

Процесс подготовки кадров для ПТАО тормозится законодательной базой. Так, для легального предоставления ПТАО (наркологических услуг) необходимо пройти обучение в течение достаточно длительного периода (3 месяца), в то время как для назначения АРТ наркологу или семейному врачу достаточно пройти онлайн-курсы. Вдобавок, выдавать сертификаты в рамках ТУ могут только академические институты, что дополнительно сужает возможности для своевременной подготовки специалистов.⁷⁰

В процессе стандартного обучения студентов медицинских ВУЗов и при рутинной подготовке врачей-наркологов методу ПТАО уделяется сравнительно мало внимания, и до сегодняшнего дня принято считать, что поддерживающая терапия агонистами является вынужденной мерой, и ее следует применять лишь тогда, когда методы, ориентированные на абстиненцию, оказываются неэффективными. Таким образом, сохраняется определенная двойственность: современные руководства, национальный клинический протокол и наиболее продвинутые учебные центры предлагают одну стратегию для лечения зависимости, в то время как под влиянием традиций и накопленных стереотипов в среде практических врачей сохраняются устаревшие представления как о механизмах формирования зависимости, так и о методах лечения.

Несмотря на широкое распространение профессиональной информации в среде медицинских работников, все еще есть лечебные учреждения (чаще в небольших городах и районных центрах), где врачи не придерживаются клинического протокола и – во всяком случае, это следует из слов пациентов – проявляют пренебрежительное к ним отношение, предъявляют избыточно жесткие требования, которые не предусмотрены соответствующими приказами МЗУ, недостаточно отзывчивы и оставляют без реакции жалобы пациентов, придерживаются практики назначения минимальных доз агонистов (менее 60 мг метадона/сутки). Пациенты также указывают на коррупцию в среде медработников и злоупотребление служебным положением. Документальными подтверждениями этих фактов мы не располагаем.

Таким образом, из-за неудовлетворительных темпов и качества подготовки медицинского персонала программа ПТАО на данный момент наименее устойчива в аспекте кадрового обеспечения врачами и социальными работниками. Особенно ощущается нехватка подготовленных наркологов для масштабирования программ ПТАО в

рамках существующей наркологической службы в стране. Так, на сегодняшний день в стране зарегистрировано 4723 нарколога, из которых только 6% предоставляют ПТАО.⁸⁸ Системным барьером является отсутствие инициативы (лидерства) в сфере кадровой политики на местах.

Сегодня Украина располагает достаточными ресурсами для того, чтобы обеспечить необходимый уровень подготовки и финансирования кадров для оптимальной интеграции услуг на базе программ ПТАО и таким образом снизить пороговость программы, расширить покрытие услугами ПТАО за счет ЦПМСП и других пунктов медицинской помощи, включая частные клиники. Интеграция позволит улучшить качество и спектр предоставляемых услуг, а также в перспективе добиться экономии бюджетных средств. Кроме того, существуют возможности для расширения ПТАО на базе негосударственных организаций, где данная услуга пока не предоставляется.¹⁵

4.5. Доказательная база и информационные системы

В настоящее время существует обширная доказательная база эффективности ПТАО в разнообразных условиях, включая разные системы здравоохранения, однако удержание в программе является одним из основных критериев качества ПТАО. В Украине удержание пациентов в программе на протяжении 6 месяцев достигло 92% в 2018 году.⁸³ Сегодня существуют открытые источники с данными по выполнению задач ПТАО в стране.²⁵ Планом развития программы заместительной поддерживающей терапии в 2019 - 2023 годах предусмотрено внедрение медицинских информационных систем учета пациентов программы ПТАО как компонента национальной системы мониторинга, а также соответствующее обучение специалистов в регионах.⁷¹ Кроме того, предполагается разработка системы мониторинга реализации программы ПТАО, годового плана и процедур осуществления мониторинговых визитов, разработка формы оценки качества услуг и формы мониторингового визита. Также планируется проведение исследований, расширение доступа к ПТАО с использованием подхода NiATx и оценки психоэмоционального состояния клиентов ПТАО с использованием анкеты BASIS-24.⁷¹

Внедрение информационных систем является катализатором реформ как в сфере здравоохранения в целом, так и в аспекте программ ПТАО. Однако трудности и преграды на пути внедрения электронных инструментов мониторинга и оценки реализации медицинских сервисов с разнообразными возможностями (онлайн-доступ, эффективный обмен данными для учета и перерегистрации пациентов, автоматическое формирование

отчетности) являются системными и свойственны любому аспекту хозяйственной деятельности в государственном секторе Украины. Барьеры на пути к компьютеризации услуг ПТАО можно условно разделить на три категории: отсутствие материально-технической базы, дефицит подготовленного персонала и низкая, местами отсутствующая инициатива на местах и среди представителей региональных департаментов здравоохранения.¹⁵ К первой категории относится отсутствие или устаревшие компьютерная техника и программное обеспечение из-за финансовой или организационной неспособности клиник приобрести и содержать аппаратуру необходимого уровня. Несмотря на то, что тарифы на предоставление высокоскоростного Интернета в Украине являются самыми низкими в мире⁸⁹, часто в клиниках или клинических подразделениях доступа к Интернету нет. Ко второй группе факторов относится низкая компьютерная грамотность персонала, обучение которого требует дополнительного бюджетирования и времени, что часто идет в разрез с растущими требованиями отрасли в целом и расширения программ ПТАО в частности. Важно отметить, что существуют многочисленные примеры, когда внедрение ПТАО в ЛУ разнообразного профиля в прошлом влекло за собой формирование среды для внедрения и последующего активного использования цифровых технологий в рутинной практике. Третьим и главнейшим проблемным аспектом является отсутствие инициативы на местах, что лежит в основе субоптимального уровня компьютеризации пунктов предоставления ПТАО. Как следствие, программное планирование, бюджетирование и штатное расписание ЛУ оказываются неготовыми к принятию уже существующих и, что главное, наработанных практик электронного документооборота.

Несмотря на упомянутые проблематические аспекты, существует благоприятная почва для тотального перехода на электронный документооборот с возможностью мониторинга и оценки эффективности программ ПТАО. Интернет в Украине является широкодоступной услугой, что позволяет организовать точки доступа во Всемирную сеть практически в любом месте за сравнительно небольшие средства. Также существует массивный пул организаций с существенным опытом использования электронных баз данных для ведения пациентов ПТАО. Вдобавок большие негосударственные организации (МБФ «Альянс общественного здоровья» и БО «100% Жизни») предоставляют многочисленные возможности для оказания технической помощи ЛУ в рамках своей программной деятельности, что может послужить триггером позитивных изменений.⁸⁵ Стоит еще раз упомянуть лидерскую роль УЦОЗ, который активно работает над внедрением электронных инструментов в рутинную практику. Дополнительное информирование, активный поиск и финансовая мотивация потенциальных и

существующих провайдеров услуг ПТАО в регионах в рамках деятельности УЦОЗ или другого национального лидера могли бы существенно повысить шансы успешного внедрения и регулярного использования цифровых инструментов учета, мониторинга и оценки.

5. Услуги

Услуги	Средняя устойчивость
Наличие и охват	Умеренно высокий уровень риска
Доступность	Средняя устойчивость
Качество и интеграция	Средняя устойчивость

Оценивая устойчивость по показателю «Услуги», следует учитывать, что в Украине ПТАО существует в нескольких разных административно-социальных пространствах: 1) общественное здравоохранение; 2) пенитенциарное здравоохранение; и 3) здравоохранение в изоляторах временного содержания, находящихся в ведении МВД, и следственных изоляторах (СИЗО), находящихся в ведении МЮУ. В отношении общественного здравоохранения ситуация описывается подробно в соответствующих главах, но в целом можно сказать, что налицо значительный прогресс, и в 2020 году более 12 тысяч пациентов получают ПТАО, хотя не во всех областях и городах эта услуга предоставляется одинаково.

В системе изоляторов временного содержания и СИЗО ситуация иная. Согласно имеющемуся совместному приказу МЗУ, МВД и МЮУ, людям, помещенным в изоляторы, должна быть обеспечена непрерывность в получении ПТАО, если они были пациентами до своего задержания. Учитывая тот факт, что по закону гражданин не может удерживаться в изоляторе МВД более трех суток, обеспечить ему продолжение ПТАО на столь короткий срок не представляет особых сложностей, и непрерывность, как правило, соблюдается. В то же время если гражданин находится в СИЗО длительное время (чаще всего это несколько месяцев), то его различными способами склоняют к тому, чтобы он отказывался от продолжения лечения и соглашался пройти детоксикацию. Персоналу СИЗО необходимо ежедневно доставлять пациента в наркологическое учреждение, а это чревато дополнительными хлопотами и расходами (охрана, транспорт и т.п.). Вдобавок среди сотрудников распространено мнение, что зависимость от наркотиков – это не болезнь, и проблемы проходят сами собой, если человек не имеет возможности продолжать

употребление. В результате в большинстве случаев ПТАО продолжается в течение 7-10 дней после ареста, после чего пациент, как правило, «добровольно» прекращает терапию.

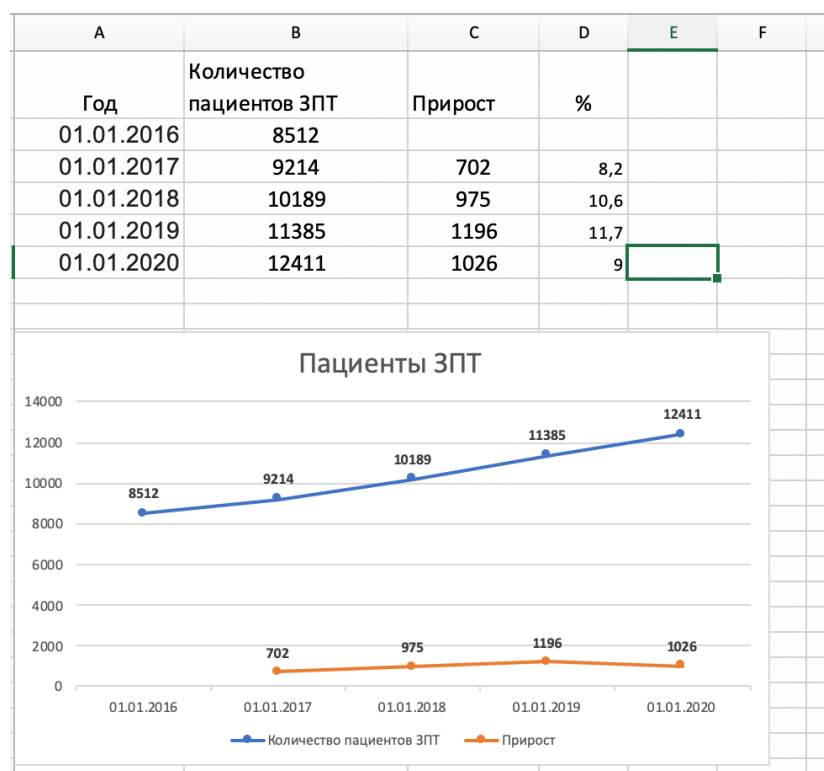
В исправительных колониях на сегодняшний день есть лишь одно учреждение, где в порядке выполнения пилотного проекта USAID проводится ПТАО. На момент оценки (март 2020 года) это лечение получали всего 11 человек.

В условиях эпидемии COVID-19 актуализировались опасения многих участников программ ПТАО, в первую очередь пациентов, относительно устойчивости этого вида лечения. Появилось множество жалоб на затруднения с получением препаратов, обусловленных усиленными мерами эпидемического контроля. Цитата из обращения пациента:

«На сайте караул: заходить по одному, обязательно в маске, иначе не зайдешь, очереди по 20-30 человек, приходится часами ждать; на мои вопросы по поводу рекомендаций Альянса о выдаче больше чем на 10 дней выслушал немало. Ответ: приказа МОЗ нет, скажите спасибо, что даем на 10, кто на рецептах - то же самое, а так каждый день на сайт париться в очередях. У врачей и медсестер самих не хватает масок. Интересно, где сопровождающие ПТАО организации? А мы ведь - одна из групп риска. Одним словом, на ПТАО в Виннице обстановка печальная, а еще месяц карантина»

5.2. Наличие и охват

Таблица № 2. Численность пациентов, получавших ПТАО за последние 5 лет.



Начиная с первого года внедрения ПТАО (2004 г.) в Украине сохраняется постоянный рост числа пациентов с зависимостью, получающих этот вид помощи. На 01.01.2020 г. общая численность больных, получающих ПТАО, составила **12 411** человек — это самая большая цифра в странах ВЕЦА. Услуги предоставляются 211 медицинскими учреждениями. Наибольшая доля пациентов получает ПТАО в наркологических амбулаториях (43,7%) в многопрофильных ЛУ областного или городского подчинения (29,3%) и психоневрологических диспансерах (12,4%), значительно меньшая доля пациентов (3,8%) проходит терапию в центрах профилактики и борьбы со СПИДом, противотуберкулезных диспансерах (4,1%) и ЦПМСП (6,3%). Есть существенная доля ЛУНИ, получающих метадон или бупренорфин длительное время, но по программе лечения синдрома отмены опиоидов. Их численность неизвестна. Есть данные, что только в Киеве имеется примерно 40-45 частных кабинетов, предоставляющих подобные услуги.¹⁵ Подавляющее большинство пациентов (88%) получают гидрохлорид метадона (в таблетках), около 10% - гидрохлорид бупренорфина (сублингвальные таблетки) и чуть менее 2% - гидрохлорид метадона (в пероральном растворе). Столь незначительный процент пациентов, получающих метадон в сиропе, объясняется особенностями внедрения этого варианта ПТАО. По требованию МВД и Центра по контролю за оборотом наркотиков (2017 г.) было принято распоряжение о том, что выдача жидкого метадона может производиться исключительно с помощью автоматизированных дозаторов, соединенных с компьютером, выдающим количество препарата, предписанное в медицинской карте, что должно исключить возможность утечек и манипулирования со стороны медперсонала. Дозаторы были закуплены лишь для ограниченного числа наркологических центров, поскольку их стоимость составляет примерно 25 тыс. евро.

Несмотря на то, что программа ПТАО финансируется и управляется централизованно, имеются существенные отличия в обеспеченности этим видом лечения, связанные с региональными особенностями. Доступ к терапии отличается в разных областях и в целом не соответствует показателям распространенности нелегального употребления опиоидов даже при расчете на численность лиц, находящихся на диспансерном учете в связи с выявленными расстройствами поведения и психики в результате употребления опиоидов. Так, процент охваченных ПТАО по стране в среднем составляет 24,5%, но при этом в Сумской (48,8%), Луганской (без учета временно оккупированных территорий - 43,3%), Винницкой (46,7%) и Николаевской (46,4%) областях он значительно выше, чем, например, в Одесской (10,9%), Донецкой (11,4%), Запорожской (12,3%) и Харьковской областях (12,8%).⁹⁰**Ошибка! Закладка не определена.**Если же соотносить процент охвата с численностью ЛУНИ, употребляющих опиоиды, то данные от области к области

различаются еще более заметно. В зависимости от отношения местной власти и подготовки наркологических кадров в одних областях (Полтавская, Ивано-Франковская) охвачено более 10% от расчетного числа нуждающихся, тогда как в других (Киевская, Одесская) – менее 2%. Очевидно, необходимы дополнительные усилия как со стороны центральных, так и местных департаментов здравоохранения, чтобы устранить столь заметные расхождения.

Интерес представляет состав когорты пациентов ПТАО в разрезе демографических показателей и сопутствующей медицинской патологии. Анализ основных характеристик пациентов показывает, что 82,2% из них - мужчины, 17,7% - женщины, средний возраст участников программы - 40 лет, средний стаж употребления наркотических веществ - 15 лет. Следовательно, большинство пациентов программы – это люди среднего возраста, которые до вступления в программу имели длительный стаж употребления наркотических веществ и - в соответствии с данными анамнеза - многочисленные неудачные попытки лечения.⁶⁶

На этапе внедрения ПТАО существовала оговоренная в Приказе МЗУ № 645 норма, в соответствии с которой принимать в программу следовало лишь тех лиц, кто уже имел не менее двух попыток реабилитации в программах, ориентированных на абстиненцию.⁵¹ В настоящее время данная норма исключена, и показаниями для включения в терапию агонистами остались лишь согласие пациента и установленный диагноз «психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов» (Шифр F11 по МКБ-10). Наблюдается постепенное старение пациентов ПТАО, что может быть обусловлено изменениями в наркосцене, распространением злоупотребления психостимуляторами и зависимостью от них. Однако эти данные пока носят предварительный характер, и объективные расчеты, основанные на эпидемиологических исследованиях, показывают, что большинство (79%) ЛУНИ составляют лица с опиоидной зависимостью. По данным УЦОЗ, их численность составляет 278 000 (200 661 – данные Я. Сазонова, 2019)⁹¹ из общего количества ЛУНИ – 317 000 человек.

Доля ВИЧ-положительных пациентов в программах ПТАО составляет около 40,7%; туберкулезом болеют 16,3% от общего количества пациентов. Поскольку туберкулез является острым заболеванием и в подавляющем количестве случаев заканчивается выздоровлением, данный показатель не является постоянным, но многолетние наблюдения показывают, что он находится в диапазоне 15 – 20%.⁵⁵ При этом уровень охвата остается недостаточным и в расчете на общее число лиц, употребляющих только опиоиды или опиоиды в сочетании с другими ПАВ (278 000),⁶⁶ составляет менее 5% - то есть, по

критериям ВОЗ, уровень охвата в Украине остается низким. (Считается, что охват менее 20% от расчетного числа лиц, употребляющих опиоиды в инъекциях, является низким, 21% - 40% - средним и > 40% - высоким уровнем ⁹²). В тех же рекомендациях содержатся индикаторы по проценту регионов (областей), которые должны быть охвачены сайтами ПТАО (< 60% - низкий, 60 – 80 % - средний, >80% - высокий охват), и по этому показателю Украина соответствует уровню «высокий».

В ближайшие годы УЦОЗ планирует постепенное расширение доступности и охвата ПТАО. Ожидается, что общая численность пациентов в 2023 году составит примерно 16 тысяч (5,8% от оценочного числа лиц, употребляющих опиоиды). Эти данные представлены на рисунке №1.

Рис. 1 План по расширению ПТАО.^{66,71}



В постановлении Правительства содержатся более амбициозные планы, а именно – достичь к 2030 году 40% охвата от расчетной численности. В 2020 году УЦОЗ повысил показатель охвата ПТАО с 2600 до 5288 в год.⁹³ Совершенно очевидно, что в реализации подобных планов возникнут значительные затруднения, и сегодня невозможно предвидеть окончательные результаты. В Таблице № 3 приведены данные о количестве пациентов по областям на 01.01.2020 г., а также показана планируемая к 2030 году численность в абсолютных цифрах и в процентах к сегодняшним показателям.

Таблица. № 3

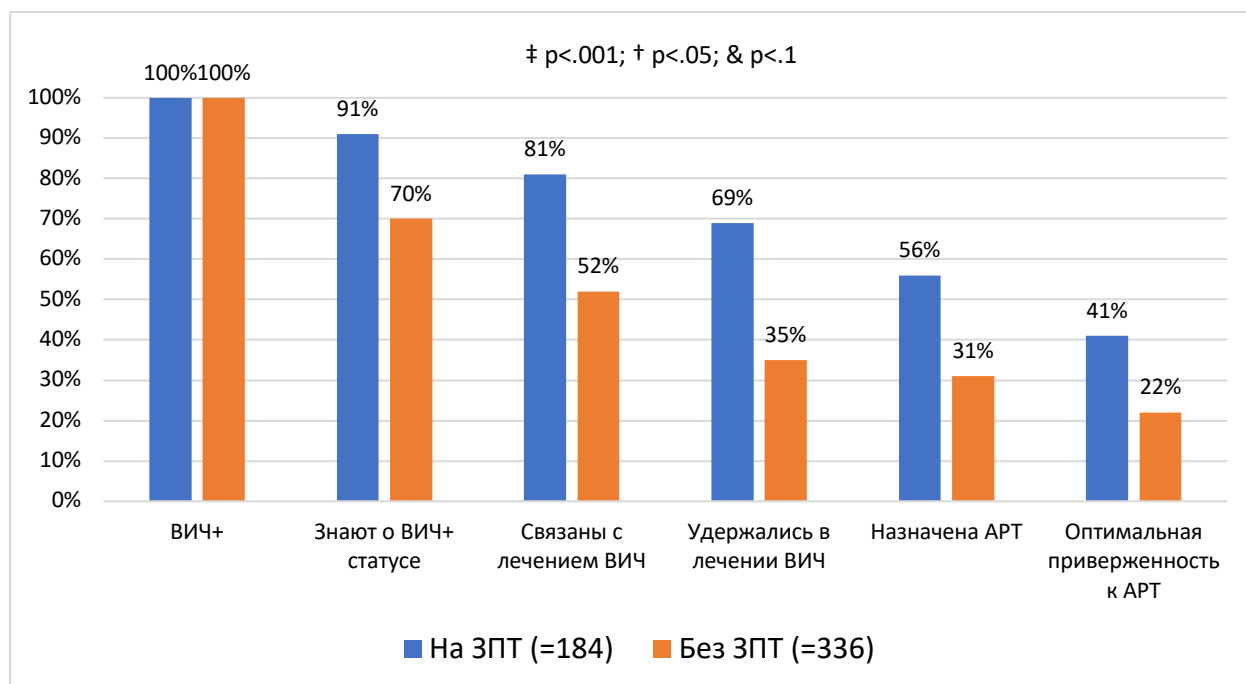
Количество пациентов ПТАО в разрезе отдельных областей Украины (по состоянию на 01.01.2020 г.) и План по расширению численности пациентов ПТАО)

Область	Оценочное ко-во ЛУНИ	Кол-во пациентов ЗПТ на 01.01.2020	40% от оценочного кол-ва	Запланированное увеличение
Винницкая	9400	445	3760	745%
Волынская	3500	217	1400	545%
Днепропетровская	58 000	2192	23200	958%
Донецкая	31 100	493	12440	2423%
Житомирская	6500	400	2600	550%
Закарпатская	2500	44	1000	2173%
Запорожская	15 800	486	6320	1200%
Ивано-Франковская	3400	365	1360	273%
г. Киев	33 700	1215	13480	1009%
Киевская	14 100	171	5640	3198%
Кировоградская	13 200	427	5280	1137%
Луганская	12 400	306	4960	1521%
Львовская	10 400	360	4160	1056%
Николаевская	12 300	1026	4920	380%
Одесская	32 100	552	12840	2226%
Полтавская	6500	738	2600	252%
Ровненская	6100	230	2440	961%
Сумская	15 900	573	6360	1010%
Тернопольская	4400	114	1760	1444%
Харьковская	13 400	438	5360	1124%
Херсонская	6000	348	2400	590%
Хмельницкая	9700	366	3880	960%
Черкасская	10 900	506	4360	762%
Черновицкая	5000	105	2000	1805%
Черниговская	7500	294	3000	920%
ВСЕГО	343800	12411	137520	1169%

В таблице отдельным столбцом приведен расчет процента, на который необходимо увеличить охват, чтобы достичь запланированных показателей. В среднем это составляет более тысячи процентов, а для некоторых регионов 2-3 тысячи. Необходимо добавить, что ряд главных наркологов (например, Хмельницкой, Запорожской и других областей) во время встреч на семинарах, посвященных развитию ПТАО, заявляют, что дальнейшее расширение программ маловероятно, поскольку практически все желающие уже охвачены. Однако специальное исследование, посвященное изучению готовности ЛУНИ начать лечение агонистами, показывает, что таких желающих - не менее 36% от расчетной численности, но многих из них сдерживают существующие барьеры.⁹⁴ Таким образом, есть объективные основания утверждать, что возможности для существенного увеличения охвата далеко не исчерпаны.

Важно отметить, что первоначальные шаги по внедрению ПТАО были сделаны с целью в первую очередь сдерживать распространение ВИЧ-инфекции в среде ЛУНИ. Пока нет убедительных данных о том, что эта цель достигнута, поскольку рост числа инфицированных хотя и существенно замедлился, но продолжается, и отнести снижение числа заболевших на счет внедрения ПТАО не позволяет малый процент охвата (менее 5% от расчетного числа). Однако есть убедительные данные в отношении каскада ВИЧ-услуг среди пациентов ПТАО в сравнении с теми ЛУНИ, кто не охвачен терапией. Показано, что первые демонстрируют существенно лучшие показатели по таким критериям, как осведомленность о своем ВИЧ-статусе, получение АРТ и достижение неопределяемого уровня вирусной нагрузки⁹⁵. Данные по каскаду индикаторов лечения ВИЧ-инфекции (*The HIV Treatment Cascade*) приведены на рис. 2.

Рис. 2. Каскад индикаторов по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции



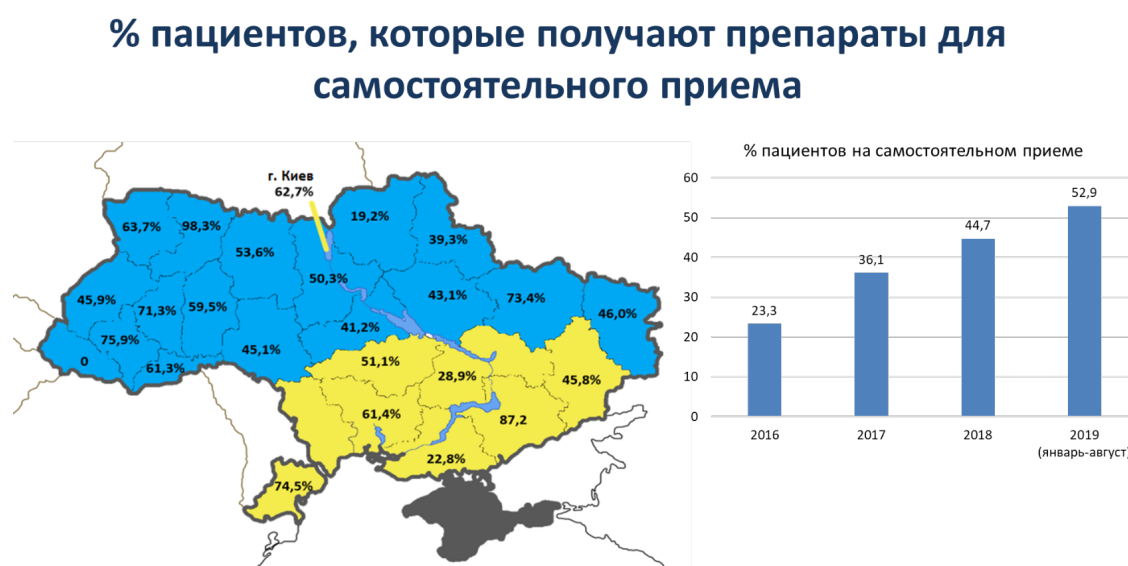
В местах лишения свободы, где осужденные отбывают срок по приговору суда, ПТАО не применяется по-прежнему. В 2019 году стартовал пилотный проект в единственной колонии, где на начало 2020 г. было 11 пациентов на ПТАО - при том, что, по данным исследования, уровень осужденных с расстройствами психики и поведения вследствие употребления наркотиков достигает почти 50%.¹²

Параграф 15 Распоряжения КМУ «Об утверждении плана мероприятий на 2019-2020 годы по реализации Стратегии государственной политики в отношении наркотиков на период до 2020 года»⁴⁸ подчеркивает необходимость обеспечения психологического сопровождения ПТАО. Отдельный раздел Плана посвящен организации лечения в учреждениях пенитенциарной системы. В пункте 20 указано, что необходимо разработать нормативные документы для поэтапного внедрения ПТАО в следственных изоляторах и исправительных колониях. Это поручено выполнить в течение 2019-2020 гг. МЗУ, МЮУ, МВД и Национальной полиции. Необходимо отметить, что в Плане не указаны количественные показатели, по которым будет оцениваться его выполнение. Например, пункт о внедрении ПТАО в исправительных колониях будет считаться выполненным независимо от того, будет в программе 10 пациентов или несколько сотен.

В течение последних трех лет в развитии программ ПТАО достигнут значительный прогресс. Все большее число пациентов имеет возможность получать агонисты опиоидов для приема в домашних условиях без необходимости ежедневно посещать наркологический диспансер. Количество лиц, получающих препараты на дом, продолжает расти. И если в

последнем приказе МЗУ, который регламентирует порядок предоставления ПТАО, указывалось, что возможна выдача на руки препаратов не более чем на 10 дней, то в связи с эпидемией Covid-19 этот порог был поднят для паллиативной помощи до 15 дней, и значительная часть пациентов, получающих метадон и бупренорфин, теперь имеет возможность получать препарат два раза в месяц. Это, безусловно, создает для пациентов значительные удобства, но в то же время снижает качество мониторинга и увеличивает риск незаконной утечки препаратов, а также возможных эпизодов передозировки (Распоряжение замминистра МЗУ В. Ляшко от 18.03.2020 г.). Данные о количестве таких больных см. на рис. 3.

Рис. 3 Динамика численности пациентов, получающих препараты на дом.



Проведение ПТАО давно перестало быть функцией исключительно наркологических центров. Всего в стране на 01.01.2020 г. действует 206 сайтов ПТАО - они размещены в наркологических и психоневрологических диспансерах, центрах профилактики и борьбы со СПИДом, противотуберкулезных диспансерах, инфекционных больницах, многопрофильных городских и районных больницах и, в последние 5 лет, в центрах первичной медико-санитарной помощи, где ПТАО предоставляют семейные врачи или врачи общего профиля.

Таблица № 4. Распределение пациентов в соответствии с типом ЛУ.

Тип лечебного учреждения	Количество учреждений	Количество пациентов ЗПТ	% пациентов, которые получают услуги в данном типе учреждений	Средняя нагрузка (к-во пациентов на 1 учреждение данного типа)
--------------------------	-----------------------	--------------------------	---	--

Наркологические диспансеры	30	5431	43,76%	181
Психоневрологические диспансеры	8	1537	12,38%	192
Центры профилактики и борьбы со СПИДом	7	474	3,82%	68
Противотуберкулезные диспансеры	17	504	4,06%	30
Инфекционные больницы	1	49	0,39%	49
Многопрофильные городские и районные больницы	110	3630	29,25%	33
Центры первичной медико-санитарной помощи	33	786	6,33%	24
ВСЕГО	206	12411	100,00%	60,2

Также имеется большое количество частных клиник, реабилитационных центров и наркологических кабинетов, где врачи, имеющие лицензии на оборот наркотических препаратов, назначают агонисты опиоидов, не оформляя больных при этом как пациентов ПТАО, а прописывая эти препараты якобы для лечения синдрома отмены (детоксикации). Существующее законодательство не устанавливает сроков детоксикации, и таким образом осуществляется фактически замаскированная ПТАО. Такой подход можно было бы приветствовать, но ситуация осложняется тем, что эта категория пациентов не учитывается официальной статистикой, и даже приблизительные данные трудно получить, кроме как рассчитав объемы израсходованного метадона или бупренорфина. Кроме того, процедура проведения такой долговременной детоксикации не регулируется соответствующими клиническими протоколами, и в результате качество предлагаемой помощи оценить не представляется возможным.

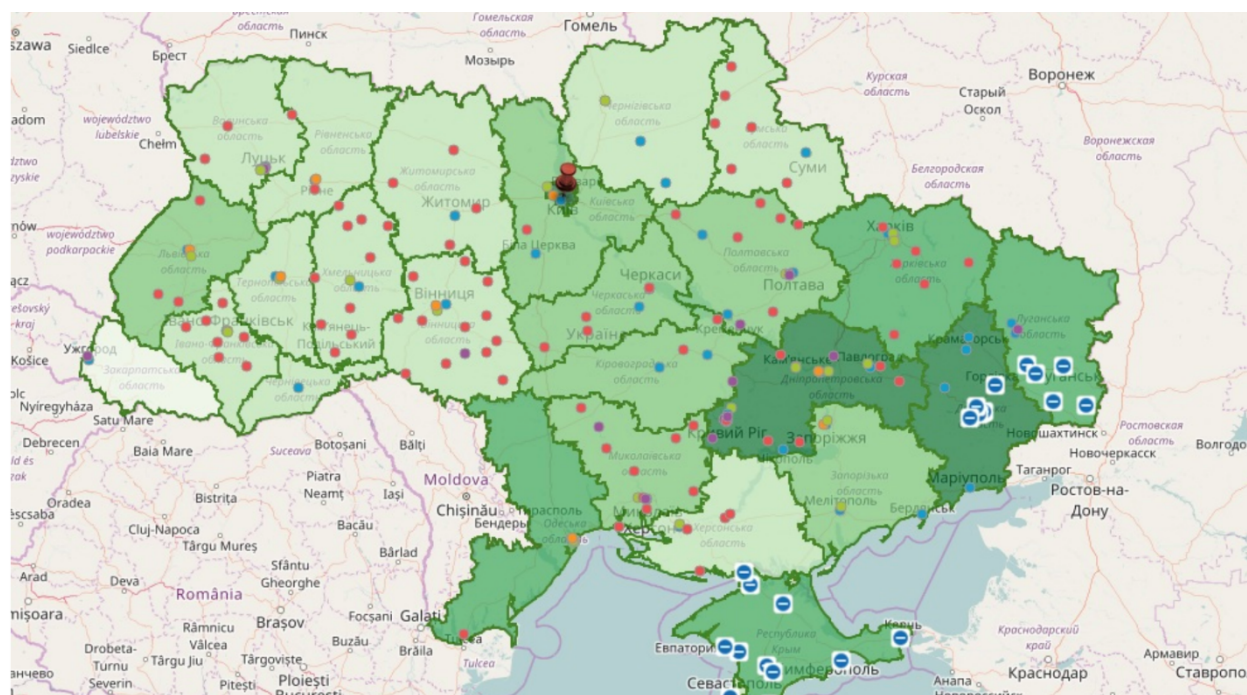
5.3. Доступность

Несмотря на разветвленную сеть учреждений здравоохранения, предоставляющих ПТАО (см. рис. 5), далеко не все нуждающиеся охвачены лечением. При этом не существует специальных рекомендаций по фиксации людей, обращающихся за помощью. В некоторых центрах есть так называемый лист ожидания, но поскольку он не является обязательным документом, то большинство учреждений не ведет учет желающих. Численность пациентов, которым следует предоставить ПТАО, рассчитывалась до недавнего времени лишь на основании прогнозов, которые подавали в УЦОЗ из областей; при этом исходя не столько из данных о количестве ЛУНИ в области, сколько из

собственных представлений о мощности службы и интересах сотрудников. Это обусловлено в первую очередь сложившейся системой учета обращаемости за наркологической помощью, которая, в свою очередь, очень зависит от наличия или отсутствия барьеров. К ним относятся, помимо стигмы и дискриминации в отношении ЛУНИ, также требования постановки лиц с диагнозом синдрома зависимости на диспансерный учет и вытекающими из этого ограничениями в правах на управление транспортом и на ряд профессий. В настоящее время ситуация начинает меняться. ЦОЗУ стал при подготовке планов исходить из расчетной численности ЛУНИ, однако в пока еще трудно оценить, насколько эти изменения повлияли на число пациентов в регионах.

По мнению некоторых пациентов и активистов, участвовавших в опросах, на доступ к ПТАО оказывают влияние такие факторы, как низкая компетентность ряда врачей в вопросах предоставления услуг для лиц с зависимостью; коррупция (чтобы попасть в программу, иногда приходится платить непосредственно врачу); врачи (особенно это проявляется на удаленных от центра сайтах) игнорируют требования клинического протокола и приказов МЗУ, руководствуясь при проведении лечения собственными представлениями в отношении ПТАО; явно недостаточный уровень обеспечения психосоциальной поддержки; плохое качество отечественных препаратов (метадона и бупренорфина).

Рис. 5. Географическая карта пунктов предоставления услуг ПТАО в стране.⁹⁶



Позиция УЦОЗ и МЗУ также влияет на доступ к лечению на фоне долгое время продолжавшихся (и не завершенных поныне) дискуссий в обществе на тему приемлемости и допустимости ПТАО, а также с учетом резко негативных оценок данного вида терапии в соседней Российской Федерации. К сожалению, большое количество медицинских работников продолжает черпать информацию о лечении наркотической зависимости из российских (русскоязычных) Интернет-ресурсов, что создает неблагоприятный фон для развития метода. С другой стороны, Украина имеет уникальный печальный опыт, свидетельствующий в пользу тезиса о жизненной необходимости ПТАО для пациентов с зависимостью. После аннексии автономной республики Крым Российской Федерацией этот вид терапии был полностью ликвидирован, что привело, по оценке Специального посланника ООН профессора М.Казачкина, к преждевременной смерти примерно 10% пациентов (из 800 в течение 1-2 месяцев умерло по приблизительным оценкам от 80 до 100 человек). ^{97 98} Похожая картина наблюдалась на территориях, образованных при активной поддержке РФ и не контролируемых украинским правительством. ⁹⁹

5.4. Качество и интеграция

В соответствии с национальными рекомендациями по проведению ПТАО, в обязанности врача входит:

- 1) назначение и выдача препаратов-агонистов;
- 2) составление плана обследования, лечения и психосоциального сопровождения;
- 3) проведение мониторинга состояния пациента и коррекция доз назначенных препаратов;
- 4) скрининг психических расстройств, в первую очередь психотических и депрессивных;
- 5) скрининг на туберкулез и скрининг или направление на скрининг на ВИЧ и ВГ и при необходимости направление на подтверждение диагноза и лечение;^b
- 6) консультирование и информирование по профилактике инфицирования ВИЧ, ВГС, ИППП, передозировок и рисков, связанных с употреблением ПАВ;
- 7) перенаправления (переадресация) в другие ЛУ или организации с целью получения иных рекомендованных услуг;

^b В настоящее время разрабатывается протокол проведения интегрированного лечения в ЦПМСП у семейного врача пациентов с наркозависимостью, ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и депрессивными расстройствами.

8) направление на участие в программах снижения вреда (обмен шприцев).

На практике всегда выполняется только первый пункт из данного перечня. Все остальные могут присутствовать в программе, а могут оставаться лишь на бумаге. На регулярной основе не существует сколько-нибудь полноценного контроля качества проведения ПТАО. Его осуществляют время от времени представители донорских организаций, но они не обладают достаточной степенью влияния на работу медперсонала и ЛУ.

Необходимо указать, что долговременной политики в отношении ПТАО до сегодняшнего дня не выработано, и многими профессионалами в области наркологии этот вид лечения рассматривается не как наиболее эффективное лечение зависимости от опиоидов, а, в первую очередь, как метод профилактики ВИЧ-инфекции и других заболеваний, передающихся через кровь. Сохраняются стереотипы, в соответствии с которыми считается, что при лечении зависимости от опиоидов необходимо стремиться к достижению полной абстиненции и воздержанию от любых психоактивных веществ. Мониторинговые визиты в различные учреждения здравоохранения показывают, что многие врачи ориентированы на кратковременное (до 1 года) использование метадона или бупренорфина, видя конечную цель терапии в том, чтобы как можно быстрее снизить дозу опиоидов и добиться полного отказа от употребления каких бы то ни было психоактивных веществ. Существует иной вид своеобразного саботажа — это утверждение, что ПТАО является всего лишь одним из методов лечения опиоидной зависимости наряду с иными, столь же эффективными. В данном случае игнорируются многочисленные факты, основанные на сравнении с другими методами и доказывающие значительно более высокую эффективность лечения агонистами.

Основными показателями качества предоставления ПТАО являются такие индикаторы, как процент удержания пациентов в программе и средний уровень дозировок (80-120 мг для метадона и 16-32 мг для бупренорфина). По первому показателю на большинстве сайтов демонстрируются высокие результаты. В среднем по стране удержание оценивается в диапазоне 70-85% (данные УЦОЗ), однако показатель уровня дозировок явно ниже рекомендованных цифр. Так, средние дозы метадона на некоторых сайтах составляют 60 мг, хотя в целом по стране, как свидетельствует отчет УЦОЗ^{[100,101](#)} за 2019 год, этот показатель равен примерно 92,7 мг/сутки. При этом средняя доза бупренорфина (что не в последнюю очередь связано с его стоимостью) - всего 10,2 мг/сутки при рекомендованных 16-24 мг/сутки. В недавнем исследовании, проведенном сотрудниками УИПОЗ вместе с коллегами из Медицинской школы Йельского университета, установлено, что только 25%

пациентов в Украине получают оптимальные дозы агонистов. При этом выявлено, что существует прямая корреляция между удержанием в программе и дозами этих препаратов.⁶¹

В исследовании, посвященном употреблению наркотиков в виде инъекций пациентами ПТАО, была установлена непосредственная зависимость этого показателя от назначенных доз метадона: чем выше дозы, тем меньше вероятность, что пациент продолжает употреблять наркотики инъекционно.¹⁰² Нельзя не заметить, что в приведенный выше перечень обязанностей врача не входит обеспечение психологической поддержки для пациентов. С одной стороны, это естественно, поскольку врач имеет ограниченный спектр деятельности, и проведение психологического консультирования не является врачебной функцией. Однако множественные руководства и рекомендации по организации ПТАО указывают на необходимость такого рода услуг; во многих ЛУ они проводятся штатными психологами или привлеченными специалистами профильных НПО. В то же время отсутствует соответствующий протокол и ясный алгоритм предоставления психологической поддержки. Важно учесть, что, как показало сравнительно недавнее исследование, у пациентов имеется множество ошибочных суждений относительно своей болезни и рекомендованной терапии, которые отрицательно влияют на эффективность и качество их жизни.¹⁰³ Квалифицированная работа психолога или социального работника в данном направлении могла бы существенно повысить уровень удержания и снизить самостигматизацию пациентов.

Начиная с 2016 года, в Украине реализуется в рамках программы помощи PEPFAR сервисный проект CDC «Повышение качества предоставления поддерживающей терапии агонистами опиоидов». Проект осуществляется АОЗ и УИПОЗ. В ходе его реализации подготовлен перевод Австралийского руководства по лечению опиоидной зависимости агонистами и разработан клинический протокол (по техническим причинам он не был утвержден МЗУ; в настоящее время готовится к утверждению новый стандарт ПТАО). Проведены многочисленные тренинги медперсонала, создана совершенно новая для Украины услуга по оказанию психологической и информационной поддержки пациентов ПТАО с помощью постоянно действующей телефонной линии. Подготовлен и записан комплекс аудиоматериалов по различным темам, с которыми необходимо ознакомить пациентов; каждый из них в свободном режиме, т.е. в любое время и из любого места, набрав соответствующий номер телефона, имеет возможность включить тот или иной аудиофайл, чтобы прослушать информацию о препаратах, целях и задачах ПТАО, о возможных побочных эффектах, о распространенных в среде ЛУНИ заболеваниях и их

профилактике и т.п. В соответствии с принципами прикладной науки (Implementation science) изучается взаимосвязь оплаты труда медперсонала и качества предоставления медицинской помощи. Качество оценивается по объективным показателям, таким как объем медицинских услуг, соответствие действий персонала требованиям клинического протокола, степень интеграции различных интервенций и т.д. С врачами проводится систематический тренинг на тему повышения качества их работы и реализуется принцип P4P (Pay for Performance), который позволяет поставить оплату труда в прямую зависимость от качества предоставляемых услуг.

В течение ряда лет, начиная с 2012 года, в Украине разрабатывается и внедряется концепция предоставления пациентам ПТАО интегрированной помощи. Она ориентирована на оказание всесторонней медицинской помощи лицам с сочетанной патологией: зависимость от опиоидов, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, туберкулез, а также расстройства психики. В идеале интегрированный подход включает предоставление в одном учреждении и даже одним врачом ПТАО, АРТ, лечение туберкулеза под непосредственным контролем (DOTS), лечение гепатитов С и/или В, лечение психических расстройств непсихотического спектра (депрессивные и тревожные расстройства, инсомния и т.п.) и социальную поддержку. При ряде наркологических диспансеров были созданы центры интегрированной помощи. Подобные инициативы также предлагались на уровне первичного звена – в ЦПМСП с участием семейных врачей.¹⁹ Несмотря на достигнутый прогресс и увеличение объема медицинских услуг, получаемых пациентами в этих центрах,¹⁰⁴ до полной реализации данной концепции далеко. В лучшем случае пациенты могут получить консультацию профильного специалиста в одном и том же учреждении, но лечиться у одного врача до сегодняшнего дня не представляется возможным. Это объясняется сохраняющимся в регулятивных нормах разделением на отдельные медицинские специальности и жесткими требованиями в отношении назначения бесплатных препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза, вирусных гепатитов и психических расстройств. Только соответствующим специалистам разрешено выписывать эти препараты, которые практически не могут назначаться врачами иных специальностей.

Необходимо также указать, что несмотря на имеющийся у пациентов ПТАО риск передозировки опиоидами, особенно у тех, кто находится на этапе индукции или возвращается в программу после перерыва, на сайтах не проводится в достаточном объеме профилактика передозировок. По умолчанию пациенты ПТАО не должны употреблять инъекционные наркотики. Отсутствуют тренинги для пациентов, нет памяток для них, как действовать в случае передозировки опиоидами, нет информации о возможности получить

доступ к налоксону (получить в НПО, купить в аптеке). Ампулы налоксона есть в аптечке врача-нарколога, но вероятность того, что в случае передозировки пациент ПТАО ими воспользуется, практически равна нулю.

В целом за всю историю программ ПТАО в Украине пациенты сайтов ПТАО не имели доступа к налоксону и к информации о действиях в случае передозировок. Единственным исключением стал проект UNODC/WHO «The S-O-S Initiative – Stop Overdose Safely - Многострановое исследование по регулированию проблемы передозировок опиоидами на уровне местного сообщества» (в Украине проводилось с мая 2018 по декабрь 2019), в рамках которого на нескольких сайтах ПТАО клиники «Социотерапия» было выдано пациентам 1500 наборов, включавших две 0,4-мг ампулы налоксона и памятку по его применению в случае передозировки, с соответствующим тренингом-инструктажем. Инициатива была поддержана медицинскими работниками сайтов. Однако при всем стремлении сделать выдачу налоксона на сайтах ПТАО максимально низкопороговой услугой (для этого налоксон предлагали всем пациентам), пациентам ПТАО пришлось регистрироваться и расписываться в двух журналах о получении налоксона и наборов со шприцем, спиртовой салфеткой, перчатками, памяткой. Кроме того, медработники лишь выдавали налоксон, сославшись на отсутствие времени для проведения мини-тренинга по его использованию; инструктаж-тренинг проводили тренеры проекта - социальные работники партнерских НПО. Отметим, что, как и ранее в случае периодической доступности налоксона в различных НПО, она была ограничена сроками проекта. Исследование выявило отсутствие у ЛУНИ (даже тех, кому уже приходилось использовать налоксон ранее) систематических знаний о действии налоксона, способах его применения, рекомендованных мерах в случае передозировок. При этом пациенты ПТАО были благодарны за возможность получить налоксон и хотели бы, чтобы такой доступ к налоксону был постоянным.

6. Рекомендации

Общие

1. Рабочей группе (РГ) по вопросам ЗПТ при МЗУ разработать поэтапный план (с указанием ответственных и сроков исполнения) гармонизации законов и подзаконных актов, касающихся вопросов профилактики и лечения наркозависимости, с соответствующими нормами Европейского Союза, устранить существующий крен в сторону вопросов безопасности, отдавая приоритет вопросам общественного здоровья.

2. Рассмотреть в рамках текущей деятельности РГ комплекс мер по внедрению в практику интегрированного подхода при лечении пациентов с опиоидной зависимостью, с тем, чтобы при наличии показаний пациент ПТАО мог получать АРТ, антимикобактериальные препараты, психотропные средства в одном лечебном учреждении. С этой целью должны быть пересмотрены правила и приказы МЗУ о выдаче медикаментов за счет бюджета в ЛУ неспециализированного профиля.

Министерству здравоохранения Украины и Украинскому центру общественного здоровья:

3. При пересмотре правил предоставления ПТАО (Приказ МЗ №200) исходить из необходимости в ближайшее время (до 2025 года) достичь увеличения охвата до показателя не менее 20% от расчетной численности людей с синдромом зависимости от опиоидов. Устранить устаревшие нормы приказов МЗУ, изданные до 2010 года и отрицательно влияющие на доступ к ПТАО, - в частности, те, которые предписывают постановку пациентов на наркологический учет. Указать на необходимость при проведении ПТАО в обязательном порядке придерживаться существующего стандарта, в том числе и в отношении дозировок препаратов.
4. Внести в программу подготовки врачей по специальности «лечебное дело» необходимые изменения, предусматривающие знакомство с принципами ПТАО. Излагать вопросы употребления наркотиков и лечебных вмешательств при расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, с позиций общественного здоровья и доказательной медицины.
5. Изменить систему отчетности, принятую в наркологических учреждениях, о результатах лечения зависимости таким образом, чтобы эффективность оценивалась не только по продолжительности абстиненции, но в первую очередь принимались во внимание показатели качества жизни и другие научно обоснованные индикаторы.
6. Обязать ЛУ, предоставляющие ПТАО, вести «лист ожидания», в котором фиксировать всех обратившихся за помощью и готовых получать данный вид лечения.
7. Пересмотреть положение об обязательном наркологическом обследовании лиц, получающих доступ к управлению транспортом, с тем чтобы участие в ПТАО не служило поводом для лишения прав (на сегодня такое обследование означает дискриминацию пациентов, получающих лечение от зависимости). В случае если имеется обоснованная угроза общественной безопасности, врач, ответственный за проведение лечения, может обращаться в соответствующий орган МВД с

аргументированным требованием лишить пациента водительского удостоверения на определенный срок.

8. Внедрить общенациональную базу данных пациентов ПТАО, которая бы поддерживалась МЗУ, а администрирование финансировалось из госбюджета.
9. Включить в существующий Порядок предоставления ПТАО пункт о разрешении проводить этот вид лечения всем ЛУ независимо от характера собственности (включая коммерческие и НПО) при наличии соответствующих лицензий. Обязать все ЛУ, осуществляющие ПТАО, независимо от вида собственности предоставлять отчеты в УЦОЗ и соблюдать установленные стандарты, а также регистрировать своих пациентов, получающих метадон или бупренорфин, в общей базе данных во избежание получения препарата в нескольких местах одновременно.
10. Лоббировать перед Национальной службой здравоохранения Украины повышение уровня финансовой обеспеченности ПТАО, добиваться включения в госбюджет расходов на обучение персонала, адвокацию ПТАО и научные исследования, направленные на повышение качества этого вида помощи.
11. Провести необходимую работу по изменению процедуры проведения тендеров, которая бы позволила учитывать не только экономические характеристики, но и отзывы экспертов, а также пациентских организаций и закупать препараты для ПТАО импортного производства. Также рассмотреть возможности появления на украинском рынке новых форм агонистов опиоидов, зарегистрированных в ЕС и США (например, медленно действующий морфин для орального использования), включая препараты бупренорфина длительного действия (Sublocade, Buvidal и т.п.).
12. Разработать методические рекомендации и маршрут пациента, основанные на дифференцированном подходе к выбору ЛУ и формата проведения ПТАО в зависимости от длительности заболевания, сопутствующей патологии и мотивации обращения за помощью пациентов с опиоидной зависимостью.
13. Шире использовать ПТАО в соматических стационарах, ЦПМСП и негосударственных ЛУ всем пациентам с синдромом зависимости от опиоидов. Разработать совместно с МСПУ протокол оказания психосоциальной поддержки для пациентов ПТАО с привлечением сотрудников местной социально-психологической службы.
14. Совместно с МВД разработать (или адаптировать имеющуюся) программу и расписание мероприятий (тренингов, семинаров, вебинаров) по обучению сотрудников полиции с целью информирования их о научно обоснованных взглядах на проявления и виды лечения наркотической зависимости и, в частности, ПТАО.

15. Регулярно (не менее одного раза в год) подавать отчеты, совместно с правозащитными и пациентскими организациями, в Офис генерального прокурора Украины и МЮУ о зарегистрированных случаях необоснованных действий полиции (аресты, задержания, обыски, вымогательства), имевших место в отношении медперсонала и пациентов ПТАО.
16. В тесном взаимодействии с МЮУ продолжать работу по внедрению ПТАО в пенитенциарной системе. Эта терапия должна выполняться не в рамках пилотного проекта, а быть неотъемлемой частью пенитенциарной медицины, доступной для всех осужденных, имеющих клинические признаки зависимости от опиоидов. В СИЗО ее следует предоставлять в такой форме, чтобы это не создавало, как сейчас, непреодолимых барьеров, обусловленных особенностями совместного приказа МЗУ, МВД, МЮУ и Офиса Генпрокурора.
17. На регулярной основе осуществлять контроль качества препаратов для ПТАО, закупаемых за средства госбюджета. Врачам оперативно реагировать на жалобы пациентов в соответствии с рекомендациями. Проводить эффективную разъяснительную работу во избежание распространения ошибочных мнений и формирования негативных стереотипов в отношении ПТАО.

Поставщикам услуг ПТАО и работникам здравоохранения, в том числе профессиональным ассоциациям и научным кругам:

18. Развивать интегрированный подход в лечении пациентов с опиоидной зависимостью. Стремиться к тому, чтобы пациент, находящийся на ПТАО, получал лечение всего спектра патологии в одном месте. В дополнение к агонистам опиоидов шире применять иные медикаментозные средства (антидепрессанты, обезболивающие, противовоспалительные, препараты для лечения расстройств сна и т.п.) при сопутствующих соматических и психических расстройствах.
19. Через работу фармакологических комиссий, созданных при ЛУ, систематически контролировать соблюдение врачами требований национального стандарта в отношении ПТАО. Выполнять соответствующие рекомендации ГЭЦ, касающиеся регистрации жалоб пациентов на отсутствие терапевтического эффекта или на побочное действие назначенного препарата и направления соответствующих уведомлений.

20. Повысить требования в отношении сотрудников, оказывающих психосоциальную поддержку, повышать квалификацию и соблюдать стандарты ПТАО. Обязать таких сотрудников вести регулярные записи (протоколы) психологического консультирования. Направлять их при появлении такой возможности на тренинги и предусмотреть в рабочем графике время на участие в обучающих мероприятиях, проводимых дистанционно.
21. Информировать пациентов о возможности получения необходимой для них медицинской, психологической и правовой информации через автоматизированную систему телефонного консультирования.
22. Активно сотрудничать с НПО, благотворительными организациями, Государственным фондом занятости, учебными заведениями, чтобы способствовать социализации пациентов.
23. Организовать в ЛУ, предоставляющих ПТАО, проведение тренингов для пациентов по профилактике осложнений от передозировок опиоидов. Обеспечить пациентов информационными материалами и способствовать доступу к налоксону, информировать о возможности приобрести налоксон в аптеке без рецепта.

Представителям гражданского общества, в т.ч. группам и активистам из числа людей, употребляющих наркотики, активистам и коалициям в сфере наркополитики, ВИЧ, ТБ и гепатита С.

24. Проводить адвокацию метода ПТАО на местном уровне, публиковать истории успеха в соцсетях, активнее выступать с требованиями в защиту собственных прав. Проводить семинары, тренинги для активистов по повышению профессионального уровня (знакомство с законодательством, профилактика передозировок, современные представления о стигме, самостигме, дискриминации ЛУНИ и ВИЧ-инфицированных, поиск доноров и подготовка заявок на гранты), обучать документированию случаев нарушения прав человека, ситуаций, связанных с дискриминацией, а также коррупцией в среде медперсонала.
25. Всячески налаживать взаимодействие с полицией, участвовать в образовательных мероприятиях, которые проводятся медиками для полицейских и сотрудников пенитенциарной системы, не менее 2-х раз в год подавать в областные управления полиции отчеты о ситуации с правами пациентов в регионе, сообщать о случаях нарушения прав и т.д.

Таблица А: Объемы закупок препарата ПТАО и прогресс в процессе перехода на государственное финансирование.²²

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Количество сайтов ПТАО	170	174	179	210	211	206		
Фактическое количество закупленных курсов препаратов ПТАО	8451	9154	10053	11207	12122	12548		
Запланированное количество пациентов программ ПТАО (% от потребности) ⁶⁶					12669 (4.4%)	15210 (5.3%)	17679 (6.1%)	20519 (7%)
Доля препарата ПТАО, закупленного за государственный бюджет (% от общего количества закупленного препарата)			86 0.8%	8605 76%	10179 84%	10539 84%		
Доля препарата ПТАО, закупленного за местный государственный бюджет		81 0.8%	11 0.1%	195 1.7%	237 1.9%	624 4.9%		
Доля препарата ПТАО закупленного за счет внутреннего частного финансирования и наличных платежей		213 2.3%	624 6.2%	882 7.8%	844 6.9%	772 6.1%		
Доля препарата ПТАО закупленного за средства Глобального фонда	100%	8566 93.5%	8611 85.6%	1072 9.5%	521 4.2%	423 3.3%		
Объем и доля другого внешнего/донорского финансирования (PEPFAR)		294 3.2%	721 7%	454 4%	341 2.8%	190 1.5%		

Таблица Б: Динамика объемов государственного финансирования (млн. гривен).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Бюджет на ПТАО, предусмотренный в национальных стратегиях и планах. 66		13	≈ 18	≈ 18	≈ 25	≈ 33.9	≈ 41.8	≈ 47.7
Фактически выделенный бюджет на ПТАО. 105		13	18.04	3	25.3	25.3	25.3	

Таблица В: Объемы финансирования ПТАО за средства Глобального Фонда и прогресс в процессе перехода (в USD). [106](#)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Метадон	732686.10	186103.9	569579.21	420230.22		39420.00	2790.00
Бупренорфин		247998.7	216468.50	57843.00			
Всего	732686.10	434102.60	786047.71	478073.20	0	39420.00	2790.00

Таблица Г: Человеческие ресурсы

	Последний год, за который имеются данные (2019)	Источник(и)	Примечания
<i>Человеческие ресурсы для обеспечения ПТАО</i>			
Число медработников, предоставляющих услуги ПТАО	733	Оценочное количество (таблица прилагается)	Врачи + медсестры
Число медработников, прошедших обучение по вопросам ПТАО в прошлом году	33	Отчет по проекту « Покращення якості медикаментозного підтримуючого лікування в Україні », БО «УИПОЗ»	Число прошедших тематическое усовершенствование (2019)
	202	Отчет по проекту « Покращення якості медикаментозного підтримуючого лікування в Україні », БО «УИПОЗ»	Число прошедших онлайн-курс «Лікування опіоїдної залежності» (2019)
	27	http://www.hivreforminaction.org/?p=2018	Число прошедших тематическое усовершенствование (2018)
	157	Отчет по проекту « Покращення якості медикаментозного підтримуючого лікування в Україні », БО «УИПОЗ»	Число прошедших онлайн-курс «Лікування опіоїдної залежності» (2018)
	79	Статистика проекта « Інтеграція лікування залежності та ВІЛ-інфекції у первинну ланку охорони здоров'я », БО «УИПОЗ»	Число прошедших тематическое усовершенствование (2017-2019)
	58	Отчет по проекту « Покращення якості медикаментозного підтримуючого лікування в Україні », БО «УИПОЗ»	Число прошедших онлайн-курс «Лікування

			опіоїдної залежності» (2017)
	36	Отчет по проекту « Покращення якості медикаментозного підтримуючого лікування в Україні », БО «УИПОЗ»	Число прошедших тематическое усовершенствование (2017)
	54	Отчет по проекту мониторинга и оценки программ ПТАО в Украине, БО «УИПОЗ» http://www.uiphp.org.ua/media/k2/attachments/OAT_pilots UIPHP report 2010 ukr.pdf	Число прошедших дополнительную подготовку (2006-2007)
Количество медицинских работников, которые были осведомлены о потребностях клиентов	733		
Число клиентов ПТАО на одного врача	44		
Число врачей, предоставляющих услуги ПТАО, которые не являются специалистами в лечении наркотической зависимости	53	Оценочное количество (таблица прилагается)	Число врачей ЦПМСП, инфекционных больниц, тубдиспансеров
<i>ПТАО и наркология (лечение наркотической зависимости)</i>			
Число врачей в наркологической службе	4723	http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf	

Список литературы

1. Wikipedia. List of European countries by area. 2020; https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_European_countries_by_area, April 2020.
2. Wikipedia. List of European countries by population. 2020; https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_European_countries_by_population, April 2020.
3. Урядовий Портал. Оприлюднено результати оцінки чисельності наявного населення України. 2019; <https://www.kmu.gov.ua/news/oprilyudneno-rezultati-ocinki-chiselnosti-nayavnogo-naselennya-ukrayini>.
4. Agency CI. The World Factbook. 2020; <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/409.html#UP>. Accessed April, 2020.
5. (UNAIDS) TJUNPoHaA. Ukraine. 2018; <https://www.unaids.org/ru/regionscountries/countries/ukraine>, April 2020.
6. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Оцінка практик постановки діагнозу наркотичної залежності. . 2018; <http://uiphp.org.ua/media/k2/attachments/analises.docx>
7. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Аналіз законодавчої бази щодо встановлення діагнозу наркотичної залежності. . 2020; <http://uiphp.org.ua/media/k2/attachments/mkdiagnosis0201.docx>
8. Ling W, Farabee D, Liepa D, Wu LT. The Treatment Effectiveness Assessment (TEA): an efficient, patient-centered instrument for evaluating progress in recovery from addiction. *Subst Abuse Rehabil*. 2012;3(1):129-136.
9. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Перелік центрів надання послуг ЗПТ. . 2020; <http://uiphp.org.ua/media/k2/attachments/Narcologicaldispensary.xlsx>
10. Rights H. Human Rights In Patient Care: Drug Treatment and Punishment In Russia. 2018; <http://health-rights.org/index.php/cop/item/human-rights-in-patient-care-drug-treatment-and-punishment-in-russia>, April 2020.
11. Alliance for Public Health. Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики. 2004; <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/mg6-1.pdf>, April 2020.
12. Azbel L, Wickersham JA, Grishaev Y, Dvoryak S, Altice FL. Burden of infectious diseases, substance use disorders, and mental illness among Ukrainian prisoners transitioning to the community. *PLoS One*. 2013;8(3):e59643.
13. Кабінет Міністрів України. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України. Постанова від 25 березня 2015 р. № 267. . 2015; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>.
14. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. ЗВІТ про результати оцінки єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, в Україні: національний та регіональний рівні. 2018.
15. Дворяк С, Зезюлин А. Интервью с ключевыми респондентами. 2020.
16. World Health Organization, The World Bank. Україна: Огляд Реформи Фінансування Системи Охорони Здоров'я 2016-2019. 1019; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/425341/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Summary_Web.pdf?ua=1, April 2020.
17. Урядовий Портал. Реформа системи охорони здоров'я. <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>, April 2020.
18. Міністерство Охорони Здоров'я України. Як працює система охорони здоров'я Англії. <https://moz.gov.ua/article/health/jak-pracuje-sistema-ohoroni-zdorovja-anglii>.
19. Morozova O, Dvoriak S, Pykalo I, Altice FL. Primary healthcare-based integrated care with opioid agonist treatment: First experience from Ukraine. *Drug Alcohol Depend*. 2017;173:132-138.

20. Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, et al. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*. 2008;103(9):1484-1492.
21. Державна Установа «Український Моніторинговий та Медичний Центр з Наркотиків та Алкоголю Міністерства Охорони Здоров'я України». Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року) поглиблений огляд наркоситуації в Україні для європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. 2017; <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/National-report-2017.pdf>.
22. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Статистика ЗПТ. 2020; <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>, April 2020.
23. Schaub M, Subata E, Chtenguelov V, Weiler G, Uchtenhagen A. Feasibility of buprenorphine maintenance therapy programs in the Ukraine: first promising treatment outcomes. *Eur Addict Res*. 2009;15(3):157-162.
24. Schaub M, Chtenguelov V, Subata E, Weiler G, Uchtenhagen A. Feasibility of buprenorphine and methadone maintenance programmes among users of home made opioids in Ukraine. *Int J Drug Policy*. 2010;21(3):229-233.
25. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Замісна Підтримувальна Терапія. 2020; <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt>, April 2020.
26. Mimiaga MJ, Safren SA, Dvoryak S, Reisner SL, Needle R, Woody G. "We fear the police, and the police fear us": structural and individual barriers and facilitators to HIV medication adherence among injection drug users in Kiev, Ukraine. *AIDS Care*. 2010;22(11):1305-1313.
27. Kutsa O, Marcus R, Bojko MJ, et al. Factors associated with physical and sexual violence by police among people who inject drugs in Ukraine: implications for retention on opioid agonist therapy. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20897.
28. УНІАН. Главный нарколог Одессы распространял наркотики? 2010; <https://www.unian.net/health/country/338885-glavnyiy-narkolog-odessyi-rasprostranyal-narkotiki.html>, April 2020.
29. Міністерство Охорони Здоров'я України. Національна Стратегія Реформування Системи Охорони Здоров'я в Україні на Період 2015-2020 Років. <https://moz.gov.ua/strategija>, April 2020.
30. УСАВ Пацієнти України, Міністерство Охорони Здоров'я України, Міжнародний Фонд Відродження, Стратегічні Дорадчі Групи. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>, April 2020.
31. Кабінет Міністрів України. Положення про Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. 2007; <https://www.kmu.gov.ua/npas/85872701>, April 2020.
32. наркозалежністю Воєлз. Місія "Волна" - допомога. www.volna.in.ua.
33. Берлева Г, Сазонова Я. Звіт за Результатами Дослідження «Оцінка Чисельності Представників Ключових Груп В Україні». 2017; <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/07/mio2016high.pdf>.
34. Верховна Рада України. Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю. 2016; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>, April 2020.
35. Український Медичний Часопис. Замісна підтримувальна терапія: МОЗ України пропонує розширити доступ до неї. 2019; <https://www.umj.com.ua/article/160494/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-moz-ukrayini-proponuye-rozshiriti-dostup-do-neyi>, April 2020.

36. Верховна Рада України. Про внесення змін до Закону України "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів". 2001; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/863-14#Text>, April 2020.
37. Верховна Рада України. Про затвердження таблиць невеликих, великих та особливо великих розмірів наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, які знаходяться у незаконному обігу. 2000; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0512-00%20%20#Text>, April 2020.
38. Blanken P. Heroin-assisted treatment: from efficacy to effectiveness and long-term outcome. 2011; https://pure.uva.nl/ws/files/1335091/88022_04.pdf, April 2020.
39. Верховна Рада України. Про затвердження Порядку взаємодії закладів охорони здоров'я, органів внутрішніх справ, слідчих ізоляторів і виправних центрів щодо забезпечення безперервності лікування препаратами замісної підтримувальної терапії. . 2012; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1868-12#Text>.
40. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. «Заради життя»: В Україні стартував проект, спрямований на зменшення темпів поширення небезпечних хвороб в установах виконання покарань. . 2018; <https://phc.org.ua/news/zaradi-zhittya-v-ukraini-startuvav-proekt-spryamovaniy-na-zmenshennya-tempiv-poshirennya>, April 2020.
41. Gowing L, Ali R, Dunlop A, Farrel M, Lintzeris N. Національна настанова з лікування опіоїдної залежності заміною підтримувальною терапією. . 2014; http://www.uiphp.org.ua/media/k2/attachments/Nastanova_2014_2018.pdf.
42. Australian Government Departmen of Health. National guidelines for medication-assisted treatment of opioid dependence. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-guidelines-for-medication-assisted-treatment-of-opioid-dependence>, April 2020.
43. World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. 2009; https://www.who.int/substance_abuse/publications/9789241547543/en/, April 2020.
44. Верховна Рада України. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори. 2020; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80#Text>.
45. Кабінет Міністрів України. Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я. Постанова від 13 травня 2013 р. № 333. 2013; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text>.
46. Верховна Рада України. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними. 2020; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text>, April 2020.
47. Верховна Рада України. Про схвалення Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року. 2013; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/735-2013-%D1%80>, April 2020.
48. Кабінет Міністрів України. Про затвердження плану заходів на 2019-2020 роки з реалізації Стратегії державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року. 2019; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56-2019-%D1%80>, April 2020.
49. України ВР. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. 2020; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>, April 2020.
50. Dumchev K, Dvoryak S, Chernova O, Morozova O, Altice FL. Retention in medication-assisted treatment programs in Ukraine-Identifying factors contributing to a continuing HIV epidemic. *Int J Drug Policy*. 2017;48:44-53.
51. Міністерство Охорони Здоров'я України. Про затвердження методичних рекомендацій "Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів". 2008; https://zakononline.com.ua/documents/show/35713_35713, April 2020.

52. Bojko MJ, Mazhnaya A, Marcus R, et al. The Future of Opioid Agonist Therapies in Ukraine: A Qualitative Assessment of Multilevel Barriers and Ways Forward to Promote Retention in Treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2016;66:37-47.
53. Bojko MJ, Dvoriak S, Altice FL. At the crossroads: HIV prevention and treatment for people who inject drugs in Ukraine. *Addiction*. 2013;108(10):1697-1699.
54. Mazhnaya A, Bojko MJ, Marcus R, et al. In Their Own Voices: Breaking the Vicious Cycle of Addiction, Treatment and Criminal Justice Among People who Inject Drugs in Ukraine. *Drugs (Abingdon Engl)*. 2016;23(2):163-175.
55. Dvoriak S. Osobennosti lecheniya tuberkuleza u bolnykh opioyidnoi zavisimostju [Features of treatment of tuberculosis in patients with opioid dependence]. *Psykhične zdorov'ya*. 2013;1(38):40-45.
56. Dvoriak S, Karachevsky A. Лікування депресивних розладів у залежних від опіоїдів на підтримувальній терапії бупренорфіном. . *Психічне здоров'я*. 2011;№ 3(32):49-55.
57. Alistar SS, Owens DK, Brandeau ML. Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine. *PLoS Med*. 2011;8(3):e1000423.
58. Miller WC, Hoffman IF, Hanscom BS, et al. A scalable, integrated intervention to engage people who inject drugs in HIV care and medication-assisted treatment (HPTN 074): a randomised, controlled phase 3 feasibility and efficacy study. *Lancet*. 2018;392(10149):747-759.
59. Tan J, Altice FL, Madden LM, Zelenev A. Effect of expanding opioid agonist therapies on the HIV epidemic and mortality in Ukraine: a modelling study. *Lancet HIV*. 2020;7(2):e121-e128.
60. Міністерство Охорони Здоров'я України. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 27 березня 2012 року № 200. 2015; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0045-16#Text>, April 2020.
61. Madden L, Bojko MJ, Farnum S, et al. Using nominal group technique among clinical providers to identify barriers and prioritize solutions to scaling up opioid agonist therapies in Ukraine. *Int J Drug Policy*. 2017;49:48-53.
62. Roman PM, Abraham AJ, Knudsen HK. Using medication-assisted treatment for substance use disorders: evidence of barriers and facilitators of implementation. *Addict Behav*. 2011;36(6):584-589.
63. Верховна Рада України. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними 2020; http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/Z950062.html.
64. Міністерство Охорони Здоров'я України, Міністерство Внутрішніх Справ України, Генеральна Прокуратура України, Міністерство Юстиції України. Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини. 1997; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0534-97#Text>, April 2020.
65. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Стратегія реалізації Плану переходу «20-50-80» – забезпечення сталості послуг з профілактики, догляду та підтримки 2018; http://www.uihp.org.ua/media/k2/attachments/strategy_20_50_80.pptx.
66. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Поточний стан впровадження ЗПТ в Україні. . 2019; http://www.uihp.org.ua/media/k2/attachments/ukraine_zpt.pptx April 2020.
67. Кабінет Міністрів України. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року. 2019; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>.
68. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Фінансування послуг з профілактики та супроводу від стало доступне за кошти держбюджету. 2019;

- <https://phc.org.ua/news/finansuvannya-poslug-z-profilaktiki-ta-suprovodu-vil-stalo-dostupne-za-koshti-derzhbyudzhetu>, April 2020.
69. Міністерство Охорони Здоров'я України. План роботи Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2018 рік. 2018; https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/%D0%9D%D0%B0%D1%86%D1%96%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%20%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B0%20%D0%B7%20%D0%BF%D0%B8%D1%82%D0%B0%D0%BD%D1%8C%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%B4%D1%96%D1%97%20%D1%82%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%BE%D0%B7%D1%83%20%D1%82%D0%B0%20%D0%92%D0%86%D0%9B-%D0%A1%D0%9D%D0%86%D0%94/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%B0%D0%BB%D0%B8%20%D0%B7%D0%B0%D1%81%D1%96%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D1%8C/2018/11_%D0%9F%D0%BB%D0%B0%D0%BD%20%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%B8%20%D0%9D%D0%B0%D1%86%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%202018.pdf, April 2020.
70. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Передача послуги ЗПТ в програму медичних гарантій. 2020.
71. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. План розвитку програми замісної підтримувальної терапії в 2019 –2023 роках. 2018; <http://uiphp.org.ua/media/k2/attachments/plan2019-2023.pdf>, April 2020.
72. Державна Казначейська Служба України. Інформація: виконання Держбюджету України за доходами, надходження до місцевих бюджетів та ЄСВ. 2020; <https://www.treasury.gov.ua/ua/news/informatsiya-pro-vikonannya-derzhavnogo-byudzhetu-ukraini-za-dokhodami-nadkhodzhennya-do-mistseвих-byudzhetyv-ta-esv>.
73. Кабінет Міністрів України. Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для виконання програми “Громадське здоров’я та заходи боротьби з епідеміями”. 2019 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1121-2019-%D0%BF#n26>, April 2020.
74. Міністерство Охорони Здоров'я України. Що таке дп “медичні закупівлі України” і які його функції. 2019; <https://moz.gov.ua/article/news/jak-pracjue-derzhavne-pidpriemstvo-medichni-zakupivli-ukraini>.
75. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Поточний стан впровадження ЗПТ в Україні 2019. 2019; <https://zapitay.in.ua/prezentacziya-po-situaczii-s-zpt-v-ukrain.html>, April 2020.
76. Zaric GS, Brennan AW, Varenbut M, Daiter JM. The cost of providing methadone maintenance treatment in Ontario, Canada. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2012;38(6):559-566.
77. National Institute on Drug Abuse. How much does opioid treatment cost? 2018; <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/medications-to-treat-opioid-addiction/how-much-does-opioid-treatment-cost>, April 2020.
78. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug treatment expenditure: a methodological overview. 2017; https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/6238/TI_PUBPDF_TDXD17001ENN_PDFWEB_20171005172306.pdf, April 2020.
79. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. ПРО НСЗУ. 2020; <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
80. Міністерство Охорони Здоров'я України. Про затвердження Методики розрахунку потреби у препаратах замісної підтримувальної терапії для лікування осіб, хворих на психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів. 2016; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1355-16#Text>.

81. Альянс Громадського Здоров'я. Україна на шляху виконання зобов'язань щодо ЗПТ. 2016; <http://aph.org.ua/uk/novyny/ukrayina-na-shlyahu-vykonannya-zobov-yazan-shhodo-zpt/>.
82. Кабінет Міністрів України. Деякі питання надання послуг представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та людям, які живуть з ВІЛ. 2019; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/497-2019-%D0%BF#Text>, April 2020.
83. Альянс Громадського Здоров'я. Звіт про аналіз діяльності проекту ГФ. 2018; <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/03/map2018.pdf>.
84. Кабінет Міністрів України. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. . 2020; https://moz.gov.ua/uploads/3/18411-pro_20200128_1.pdf#page=3.
85. Альянс Громадського Здоров'я. Річний Звіт 2018. 2018; http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/RZ-2018_Sait_12.08.2019.pdf.
86. Альянс Громадського Здоров'я. Звіт про аналіз діяльності проекту ГФ. 2019; <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/09/Karta-monitoringu-vikonannya-programi-za-1-pivrichchya-2019-roku.pdf>.
87. Makarenko I, Mazhnaya A, Marcus R, et al. Willingness to pay for opioid agonist treatment among opioid dependent people who inject drugs in Ukraine. *Int J Drug Policy*. 2017;45:56-63.
88. Державна служба статистики України. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році. 2017; http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.pdf.
89. Sostav.ua. Где самый дешёвый интернет в мире? 2019; <https://sostav.ua/publication/gde-samyj-deshyovyy-internet-v-mire-83786.html>.
90. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Звіт за результатами впровадження програми замісної підтримувальної терапії у 2018 році. 2018; https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/%D0%97%D0%B2%D1%82_%D0%97%D0%9F%D0%A2_2018.pdf, April 2020.
91. Сазонова Я, Дученко Г, Ковтун О, Кузін І. «Оцінка чисельності ключових груп в Україні» (Оценка численности ключевых групп в Украине). 2019; http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2019/06/Otsinka-chiselnosti_32200.pdf, Апрель 2020.
92. Всемирная организация здравоохранения, ЮНЭЙДС, УНП, ООН. *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*. Женева 2009.
93. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Затвердження національних цілей на 2021-2023 рр., щодо охоплення осіб з психічними та поведінковими розладами замісною підтримувальною терапією. . 2020; <http://uiphp.org.ua/media/k2/attachments/newgoalszpt.docx>.
94. Makarenko I, Mazhnaya A, Polonsky M, et al. Determinants of willingness to enroll in opioid agonist treatment among opioid dependent people who inject drugs in Ukraine. *Drug Alcohol Depend*. 2016;165:213-220.
95. Mazhnaya A, Marcus R, Bojko MJ, et al. Opioid Agonist Treatment and Improved Outcomes at Each Stage of the HIV Treatment Cascade in People Who Inject Drugs in Ukraine. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;79(3):288-295.
96. Альянс Громадського Здоров'я. Карта ЗПТ України. 2016; <http://www.arcgis.com/apps/Viewer/index.html?appid=b5ccf3e1bd494515b02430f45b16b3a0>, April 2020.
97. BBC News. ООН: наркоманы Крыма умирают без заместительной терапии. 2015; https://www.bbc.com/russian/society/2015/01/150122_crimea_drugs_crisis.

98. Hurley R. At least 80 people have died in Crimea since Russian law banned opioid substitutes, says UN special envoy. *BMJ*. 2015;350:h390.
99. Filippovych S. Impact of armed conflicts and warfare on opioid substitution treatment in Ukraine: responding to emergency needs. *Int J Drug Policy*. 2015;26(1):3-5.
100. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Хворі на опіоїдну залежність, які приймають ЗПТ на 01.01.2019. 2019; <http://uiphp.org.ua/media/k2/attachments/dosing.pdf>, April 2020.
101. Центр Громадського Здоров'я МОЗ України. Средние дозы 2020; <http://uiphp.org.ua/media/k2/attachments/dosing.xlsx>
102. Makarenko I, Mazhnaya A, Marcus R, et al. Concurrent drug injection during opioid agonist treatment among people who inject drugs in Ukraine. *J Subst Abuse Treat*. 2018;87:1-8.
103. Rozanova J, Marcus R, Taxman FS, et al. Why People Who Inject Drugs Voluntarily Transition Off Methadone in Ukraine. *Qual Health Res*. 2017;27(13):2057-2070.
104. Zaller N, Mazhnaya A, Larney S, et al. Geographic variability in HIV and injection drug use in Ukraine: implications for integration and expansion of drug treatment and HIV care. *Int J Drug Policy*. 2015;26(1):37-42.
105. Міністерство Охорони Здоров'я України. Закупівлі ліків. 2020; <https://moz.gov.ua/zakupivli-likiv>, 2020.
106. Dvoriak S, Zeziulin O. Alliance for Public Health. Personal communication. 2020.