

Упровадження інтегрованих послуг для осіб із наркотичною залежністю в закладах охорони здоров'я

Практичний посібник

Зміст

Авторський колектив	3
Подяка	4
Скорочення	5
Вступ	6
Визначення інтегрованого підходу до надання послуг	6
Історія впровадження підходу в Україні	7
Мета і завдання посібника	9
Цільова аудиторія	9
Частина I – Загальні питання	10
Принципи організації інтегрованої допомоги	10
Переадресування	11
Моніторинг та оцінка	12
Структура документу	14
Частина II – Послуги та їх структурні компоненти	16
Група послуг 1. ВІЛ/СНІД	16
Група послуг 2. Туберкульоз	27
Група послуг 3. Психічне здоров'я	35
Група послуг 4. Гепатит	42
Група послуг 5. Репродуктивне здоров'я	47
Група послуг 6. Інфекції, що передаються статевим шляхом	54
Група послуг 7. Загальне здоров'я	58
Група послуг 8. Психосоціальні послуги	61
Група послуг 9. Зменшення шкоди	67
Частина III – Варіанти та кроки щодо впровадження послуг	69
Додаток. Перелік документів	102

Авторський колектив

Л.В. Власенко, регіональний координатор МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона» у Дніпропетровській області

С.В. Дворяк, к. мед. н., директор Українського інституту досліджень політики щодо громадського здоров'я

А.Б. Карачевський, к. мед. н., лікар-психотерапевт

О.Ю. Коляда, соціальний працівник, Український центр профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України

О.І. Макаренко, головний лікар Волинського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІД

І.А. Матковський, головний лікар Вінницького обласного центру профілактики і боротьби зі СНІД

І.С. Миронюк, к. мед. н., головний лікар Закарпатського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІД

Л.А. Сторожук, заступник директора з питань моніторингу та оцінки програмних заходів Українського центру профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України

С.А. Філіпович, голова відділу лікування МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні»

С.О. Черенько, д. мед. н., голова Комітету з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам

Упорядник – К.В. Думчев, спеціаліст з профілактики ВІЛ/СНІД/ПСПШ Бюро ВООЗ в Україні

Подяка

Автори висловлюють вдячність усім спеціалістам, причетним до розробки посібника, фахівцям, які брали участь у нарадах і семінарах з інтегрованої допомоги, ділилися своїм досвідом і напрацюваннями у цій сфері.

Розробка та видання посібника стали можливими завдяки фінансовій підтримці Агентства США з міжнародного розвитку й експертній підтримці фахівців Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Скорочення

АМР США	Агентство з міжнародного розвитку США
АРТ	Антиретровірусна терапія
ВГВ	Вірусний гепатит В
ВГС	Вірусний гепатит С
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ДКТ	Добровільне консультування і тестування
ДОТ (ДОТС)	Лікування під безпосереднім наглядом (туберкульозу або ВІЛ)
ЗОЗ	Заклад охорони здоров'я
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
КСБ	Кислотостійкі бактерії
МБТ	Мікобактерія туберкульозу
МДК	Мультидисциплінарна команда
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НУО (НДО)	Неурядова (недержавна) організація
ОІ	Опортуністичні інфекції
ОГП	Органи грудної порожнини
ПАР	Психоактивна речовина
ПВТ	Профілактика вертикальної трансмісії (передачі ВІЛ від матері до дитини)
ПЛР	Полімеразна ланцюгова реакція
СІН	Споживач ін'єкційних наркотиків
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ЦІД	Центр інтегрованої допомоги (ЗОЗ, на базі якого впроваджуються інтегровані послуги)
ШТ	Швидкі (експрес-) тести (наприклад, на ВІЛ, гепатити, ІПСШ, ПАР та ін.)

Вступ

Визначення інтегрованого підходу до надання послуг

Системне надання медичних послуг на базі концепції інтегрованої допомоги широко використовується в розвинутих країнах Європи та Північної Америки. У першу чергу, така стратегія ефективна стосовно людей, які мають високий ризик складних, хронічних захворювань. Одним із найбільш вдалих визначень інтегрованого підходу є запропоноване Коднером і Спріуенбергом: «Інтеграція – це комплекс методів і моделей фінансового, адміністративного, організаційного, клінічного та сервісного рівня, що має на меті забезпечення зв'язку, координації й узгодженості як в рамках лікувальної та соціальної сфер окремо, так і між ними. Метою цих моделей є покращення якості лікування і життя людей зі складними довгостроковими проблемами, розв'язання яких потребує залучення великої кількості установ, послуг і дотримання різноманітних умов; а також підвищення задоволеності пацієнта та ефективності послуг, що надаються».

Проблеми, пов'язані з ін'єкційним вживанням наркотиків, повністю відповідають критеріям запровадження інтегрованої допомоги. По-перше, йдеться про хронічні проблеми залежності, соціальну ізоляцію та стигматизацію уразливої групи споживачів ін'єкційних наркотиків (СН). По-друге, медичними наслідками та ускладненнями зловживання наркотичними речовинами є ВІЛ-інфекція, гепатити, туберкульоз. За останніми даними, рівень поширення ВІЛ-інфекції у середовищі СН в Україні коливається від 10 до 55%, рівень захворювання на туберкульоз у 10–30 разів перевищує середній по країні, рівень інфікованості гепатитами сягає 80%. Система, в рамках якої послуги для цієї групи надаються різними вузькоспеціалізованими вертикально інтегрованими закладами, не спрацьовує; втрачаються можливості для своєчасної діагностики, профілактики, лікування усіх зазначених хвороб і розладів. Тільки розбудова інтегрованих моделей, відпрацювання практичних схем, що базуються на чинній нормативній базі, сприятимуть підвищенню рівня ефективності медичних і соціальних втручань серед представників цієї уразливої групи населення.

Базовими принципами інтегрованої допомоги, передусім, є комплексність надання послуг, максимально зосереджених в одному місці; територіальна зручність для пацієнтів, урахування гендерної специфічності. Спектр цих послуг може бути різним, але в будь-кому випадку він повинен охоплювати проблеми, пов'язані з ВІЛ, туберкульозом та наркотичною залежністю. Орієнтація на потреби пацієнтів і гнучкість переліку пропонованих послуг залежно від зміни цих потреб також є важливим чинником стратегії. Залучення різних фахівців і служб вимагає створення дієвого механізму командної роботи в рамках мультидисциплінарної команди (МДК), а також фахової інтеграції, коли один лікар після навчання отримує право надавати лікувально-діагностичні послуги в суміжних галузях медицини (наприклад, надання замісної підтримувальної терапії лікарем-інфекціоністом або фтизіатром).

Враховуючи значні соціально-психологічні проблеми, з яким стикаються СН, психологічний супровід цього напрямку діяльності охорони здоров'я повинен бути невід'ємним компонентом інтегрованої допомоги і включати різні види консультування, навчання та інформування пацієнтів, доступ до програм зменшення шкоди, залучення консультантів за принципом «рівний – рівному». Інтегровані програми передбачають впровадження кейс-менеджменту – новітньої моделі ведення випадку, розрахованого на індивідуальний підхід до кожного пацієнта та залучення його до лікувального процесу як активного учасника останнього.

Незважаючи на специфіку та характеристики програм, що базуються на інтегрованому підході, за будь-яких умов їх основою має бути рівний доступ до всього спектра допомоги без ознак стигматизації та дискримінації, а також гнучка орієнтація на запити та проблеми пацієнтів – учасників програм і їх найближчого оточення.

Історія впровадження підходу в Україні

Інтегрований підхід у наданні медичних послуг загалом не є чимось зовсім новим для системи охорони здоров'я України. Навіть за часів Радянського Союзу, коли в медичній сфері перевага надавалася створенню розгалуженої мережі спеціалізованих закладів і розширенню номенклатури вузьких лікарських спеціальностей було зрозуміло, що в окремих випадках, пов'язаних насамперед із хронічними хворобами, які суттєво впливають на якість життя людей, мають особливе значення або створюють небезпеку для суспільства, традиційний фаховий підхід не спрацьовує, а навпаки, створює додаткові перешкоди для надання медичної допомоги. Подолання недоліків вузького фахового підходу полягало в розширенні спектра послуг у спеціалізованих закладах. Так, наприклад, для вирішення проблеми лікування туберкульозу у хворих на психічні розлади, а також в осіб з алкогольною залежністю на базі психіатричних і наркологічних закладів були створені спеціальні стаціонарні відділення для лікування туберкульозу, що мали відповідне кадрове та матеріальне забезпечення. В окремих психіатричних лікарнях створювалися відділення для лікування пацієнтів із соматичними хворобами та навіть окремі інфекційні відділення.

Слід, однак, зауважити, що такі тенденції до інтеграції стосувалися більше стаціонарного етапу надання допомоги і значно меншою мірою – амбулаторного. Таким чином, після виписки хворих зі стаціонару мало місце незабезпечення безперервності медичного обслуговування, що негативно впливало на якість кінцевого результату, адже зрозуміло, що у випадку хронічних захворювань тривалість стаціонарного етапу лікування є значно меншою порівняно з такою амбулаторного етапу. Особливо це стало зрозумілим на прикладі розвитку епідемії ВІЛ/СНІДу, що співпала зі значними економічним спадом в Україні та кризою національної системи охорони здоров'я.

Держава досить швидко відреагувала на перші зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції і, у зв'язку з тим що епідемія розвивалась у середовищі СН, залучила наркологічну службу для проведення широкого тестування на ВІЛ усіх зареєстрованих ін'єкційних наркозалежних. Водночас було створено систему регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, які мали опікуватись усіма головними питаннями, пов'язаними з епідемією, у тому числі діагностикою, первинною профілактикою, лікуванням. Інтеграція ключових медичних і соціальних послуг стала керівним принципом розбудови служби СНІДу. Такі важливі компоненти, як психосоціальний супровід, скринінг на туберкульоз, діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСС), гінекологічна допомога, були впроваджені в більшості зазначених закладів. Але через обмежений доступ до антиретровірусної терапії (АРТ), відсутність ефективних методик лікування залежності та недостатню взаємодію з наркологічною службою самого лише залучення ВІЛ-інфікованих СН до лікування та профілактики виявилось недостатньо для зменшення темпів і масштабу епідемії.

Ситуація докорінно змінилася після запровадження замісної терапії бупренорфіном і згодом метадоном, а також з розширенням доступу до ВААРТ. Значна кількість ВІЛ-позитивних учасників програм замісної терапії отримали доступ до діагностики та лікування ВІЛ, без надання яких україн складно розраховувати на прихильність СН до лікування.

Міжнародні та недержавні організації (НДО), які працюють у сфері ВІЛ, зробили важливий внесок у розвиток інтегрованого підходу в Україні. У 2005 році за підтримки Інституту відкритого суспільства був організований ознайомчий візит до Єльського університету, в ході якого лікарі і представники НДО мали можливість ознайомитися зі стратегією інтегрованої допомоги на базі програм замісної терапії. Після цього в Дніпропетровську, Миколаєві, Одесі та Києві стартували пілотні проекти, основою яких було відпрацювання можливих схем інтегрованої допомоги та розвиток кейс-менеджменту. Ці перші проекти заклали основи подальшого розвитку, а також продемонстрували, що повноцінна інтеграція можлива лише за активної участі державної системи охорони здоров'я та відповідних змін її структури.

Наступний етап був пов'язаний із впровадженням проектів для людей з подвійною патологією, що розпочалося 2006 року за сприяння Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» в рамках програми 1-го раунду Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Окрім побудови мультидисциплінарної моделі залучення та ведення клієнтів із наркотичною залежністю та ВІЛ-інфекцією, одним із обов'язкових завдань проектів було налагодження співпраці з проектами медико-соціального супроводу АРТ, розробка чіткої схеми переадресування клієнтів та спільне ведення за обома напрямками.

У листопаді 2007 року в рамках проекту «Розширення доступу до замісної підтримувальної терапії для ВІЛ-позитивних СІН (SUNRISE)» за підтримки Агентства з міжнародного розвитку (АМР) США проведено зустріч партнерів, у ході якої було визначено мінімальні критерії інтеграції послуг, тобто окреслено, які саме медичні та психосоціальні послуги необхідно інтегрувати, яким чином може відбуватись інтеграція цих послуг у програмах для СІН і яка технічна підтримка необхідна для впровадження проектів з інтеграції послуг. Для визначення мінімального пакету послуг були проаналізовані основні потреби СІН у медичній і соціальній сферах. У результаті учасниками зустрічі було визначено, що головними послугами є комплексна оцінка стану здоров'я, замісна підтримувальна терапія, діагностика та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, ПСШ, поліклінічний догляд і вакцинація від гепатиту В.

Пізніше, у першій половині 2008 року, учасниками робочої групи з інтегрованої допомоги, створення та підтримки якої здійснювалися за участі Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), був розроблений інструмент оцінювання готовності закладів охорони здоров'я до надання комплексних послуг для пацієнтів із подвійною/потрійною патологією – залежністю, ВІЛ, туберкульозом. У цьому документі вперше було сформульовано критерії та принципи інтегрованого підходу. Зокрема, до мінімального пакету критеріїв відповідності було включено діагностичні, лікувальні та профілактичні заходи у сферах ВІЛ, туберкульозу та гепатиту.

Розвиток замісної підтримувальної терапії (ЗПТ), особливо використання метадону, надав значного поштовху у впровадженні інтегрованих послуг. 2008 року за підтримки Міжнародного благодійного фонду «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» розпочалися перші пілотні проекти з надання інтегрованих медичних і психосоціальних послуг у Києві, Одеській та Миколаївській областях. У Дніпропетровській області інтегрована допомога для СІН отримала розвиток у проектах, підтриманих Міжнародним благодійним фондом «Фонд Вільяма Дж. Клінтона». Ці проекти відпрацьовували різні організаційні моделі – на базі багатопрофільних лікарень і поліклінік, центрів СНІДу, наркологічних диспансерів. Пізніше були ініційовані проекти також у туберкульозних диспансерах – важливий компонент у цій схемі з огляду на те, що туберкульоз, найбільш загрозлива ВІЛ-асоційована інфекція, станом на сьогодні є найбільш частою причиною смерті людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), зокрема СІН.

Наступним етапом у розвитку інтегрованої допомоги стало розширення мережі закладів, що долучилися до реалізації проектів зі створення центрів інтегрованих послуг за підтримки Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, у рамках програми 6-го раунду Глобального фонду. Спектр послуг, до яких було організовано доступ клієнтів, включав первинний догляд за станом здоров'я, послуги з діагностики та лікування туберкульозу, послуги з репродуктивного здоров'я для жінок, профілактику вертикальної трансмісії та медикаментозне лікування вагітних. Фокус в організації надання інтегрованих послуг було зміщено в першу чергу на основні потреби пацієнтів із подвійним або потрійним діагнозом – наркотичною залежністю, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом.

За час впровадження інтегрованої допомоги національними та міжнародними експертами було здійснено низку досліджень та оцінювань набутого досвіду^{1,2,3,4}. Загальні висновками цих робіт такі. Цей підхід є успішним у розширенні доступу до життєво важливих послуг для СІН і може бути застосований у різних типах закладів. Особливості вертикальної системи охорони здоров'я створюють перешкоди для надання багатьох послуг, але навіть чинна нормативна база має механізми, що дозволяють подолати ці бар'єри.

Сьогодні концепція інтегрованої допомоги вже отримала підтримку на національному рівні. Створення центрів інтегрованої допомоги (ЦІД) є одним з індикаторів Національної програми і на 2009–2013 роки⁵, у

¹ К. Думчев, О. Форостяна. Оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи. ВОЗ, 2009.

² М. Кертис. Создание центров интегрированной помощи для потребителей инъекционных наркотиков в Украине. ВОЗ, 2010.

³ Р. Брюс, С. Боербум. Звіт про фармакологічне лікування опіоїдної залежності та інтегрована система охорони здоров'я: Україна. Звіт за результатами консультацій 13-17 липня 2009 року. Альянс, 2009.

⁴ Ф. Алтис. Оценка предоставления интегрированных услуг в Украине. УИИПОЗ, 2009.

⁵ Закон України від 19.02.2009 № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки».

якій зазначено залучення 1200 пацієнтів до таких програм. Оцінки, проведені національними та міжнародними експертами, виявили, що система центрів СНІДу, яка наразі існує, з точки зору забезпечення ресурсами, кадрами та наявності нормативної бази є найбільш оптимальним середовищем для розвитку програм інтегрованої допомоги. Разом із тим за умови невеликої реорганізації, змін у штатних розкладах, налагодження відповідної системи переадресування повноцінні сайти інтегрованої допомоги можуть і повинні працювати на базі наркологічних закладів, які наразі є найбільшими провайдерами замісної терапії, та інших установ. Пріоритетом таких сайтів є надання якнайбільшої кількості послуг із діагностики та лікування ВІЛ, залежності, а також із фтизіатричної допомоги під дахом одного закладу та створення за необхідності чіткої системи переадресування і супроводу пацієнта.

Важливим невід'ємним компонентом таких програм є соціально-психологічний супровід, що надається хворим через різні державні та недержавні установи. Пілотні проекти цілком підтвердили можливість та ефективність такого супроводу з боку НДО.

Залишається сподіватися, що на тлі реформ, які найближчим часом реалізуватимуться в медичній сфері, проблеми громадського здоров'я не залишаться поза увагою; і в цьому сенсі розвиток інтегрованої допомоги стане одним з каталізаторів структурної перебудови галузі і дозволить зберегти та підсилити спільні напрацювання неурядових організацій (НУО), громадськості, організацій пацієнтів та державних органів.

Мета і завдання посібника

Поширення інноваційних методів профілактики та лікування, а саме впровадження інтегрованих послуг для СІН, передбачено Загальнодержавною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки (завдання 6) [5]. Надання теоретичного підґрунтя, полегшення та сприяння процесу створення ЦД є головною метою цього посібника.

Практичним завданням пропонованого документа є систематизація підходів до організації медичних і соціальних послуг та опис поетапних алгоритмів їх впровадження. Усі викладені підходи передбачені чинною нормативною базою та вже застосовуються на практиці в окремих закладах охорони здоров'я (ЗОЗ). Таким чином, цей посібник може використовуватися як практичний довідник із впровадження окремих послуг, що пропонує відповідь на запитання, як зробити послугу доступною для пацієнтів закладу.

Питання доцільності та ефективності інтегрованого підходу загалом добре висвітлені в інших документах, тому пропонований посібник не має на меті детально розглядати зазначені теми. Клінічні аспекти надання послуг також є темою окремих протоколів, рекомендацій, тому автори посилаються на відповідні документи, не вважаючи за потрібне відтворювати їх зміст.

Оскільки оновлення законодавчої бази – постійний процес, посилання на нормативні документи є актуальними на момент створення цього керівництва. У деяких розділах посібника містяться посилання на проекти нормативних актів, але передбачається, що ці проекти будуть затверджені найближчим часом, тож, можливо, згодом ці документи матимуть інший юридичний статус. З переглядом законодавства і прийняттям нових нормативних актів відповідні частини посібника втратять актуальність і будуть змінені в наступній редакції.

Цільова аудиторія

Цей посібник адресований у першу чергу керівникам ЗОЗ та організаторам охорони здоров'я, зацікавленим у впровадженні актуальних медичних і соціальних послуг у рамках надання допомоги СІН. Викладені підходи є універсальними та можуть також застосовуватися в роботі з різноманітними уразливими групами в закладах будь-якої спеціалізації.

Частина I

Загальні питання

Принципи організації інтегрованої допомоги

У ході оцінювання досвіду впровадження інтегрованого підходу для СІН [2] були виділені шість принципів, що роблять цей підхід більш ефективним порівняно з традиційною системою надання послуг.

1. Надання комплексного пакету послуг

Повний перелік послуг, актуальних для СІН, в Україні був уперше окреслений у спеціальному опитувальнику⁶ і в широкому розумінні включає всі аспекти діагностики, лікування та профілактики психічних розладів і залежності, ВІЛ, туберкульозу, гепатитів, ППСШ, репродуктивних та загальносоматичних захворювань. Визначення мінімального пакету послуг, що повинен бути доступний для пацієнтів-СІН у ЦІД, обговорювалося в ході низки зустрічей та в робочих групах, але на час створення посібника консенсусу поки не досягнуто. Це насамперед пов'язано з тим, що спектр наявних послуг в існуючих ЦІД відрізняється настільки суттєво, що ці відмінності не дозволяють чітко визначити межу, яка відокремлює інтегровані центри від неінтегрованих. Отже, цей посібник не містить визначення пакету як такого, натомість авторами розглядається впровадження кожної послуги окремо, незалежно від наявності чи відсутності інших послуг. Це дозволяє використовувати пропонований документ як практичний довідник, у якому в разі необхідності впровадження конкретної послуги на будь-якому етапі розвитку ЦІД можна отримати вичерпну інформацію щодо цієї послуги.

З точки зору пацієнтів, впровадження будь-якої актуальної послуги є бажаним, оскільки воно сприятиме покращенню відповідних показників. Але інтеграція додаткових послуг на базі закладу нерідко потребує значних ресурсів і тому повинна бути обґрунтована наявністю достатньої потреби в ній. Звичайно, за наявності невеликої кількості пацієнтів, яким ця послуга потрібна, її впровадження буде неефективним з точки зору доцільності витрат. Наразі не існує нормативів, що встановлювали б мінімальну кількість користувачів, для яких доцільно впроваджувати ту чи іншу послугу на базі закладу. Таким чином, вирішення цього питання цілком покладається на керівника закладу, який повинен виходити з фактичної кількості пацієнтів і наявних ресурсів.

Потрібно зауважити, що ЗОЗ можуть надавати медичні послуги лише відповідно до сфер діяльності, зазначених у чинній ліцензії на медичну практику. Якщо заклад планує надавати інші медичні послуги, потрібно спочатку внести зміни в ліцензію.

2. Надання послуг на одній території

Наукові дослідження показали, що надання послуг на одній території («принцип супермаркету») є значно ефективнішим порівняно з перенаправленням пацієнтів до інших закладів навіть за наявності спеціальних домовленостей і механізмів переадресування. Тому в цьому посібнику в першу чергу розглядаються варіанти організації послуг на базі або на території закладу. У деяких випадках це можливо шляхом залучення спеціалістів або мобільних підрозділів, які надають послуги на території ЦІД. Якщо бажана послуга не може бути впроваджена одним із зазначених варіантів, її завжди можливо організувати за допомогою структурованого переадресування, докладно описаного в окремому розділі цього посібника.

Зрозуміло, що заклад, який планується перетворити на ЦІД, повинен бути розташований у частині міста, що є зручною для цільової групи. Наявність необхідної інфраструктури (приміщень, обладнання) суттєво полегшить впровадження додаткових послуг.

⁶ «Оцінка спроможності лікувально-профілактичного закладу до надання інтегрованої допомоги». Оціночний інструмент, розроблений робочою групою з питань інтегрованої допомоги для СІН, 2008.

3. Мультидисциплінарний підхід

Індивідуальне ведення пацієнтів командою фахівців різних спеціальностей, які регулярно зустрічаються для координації заходів, є запорукою раціональної організації процесу, своєчасного реагування на проблеми, що виникають, та більшої ефективності лікування.

Слід пам'ятати, що послуги повинні об'єднуватися не тільки територіально, а й функціонально. Розташування послуг на спільній базі ще не означає їхньої інтеграції. Умовою ефективною інтеграції є постійна координація всіх аспектів, пов'язаних із графіком надання послуг, рухом пацієнтів, постачанням витратних матеріалів, обміном інформацією тощо.

4. Партнерські відносини з пацієнтами

Взаємодія та порозуміння між пацієнтом і медичним або соціальним працівником не тільки зменшують імовірність переривання лікування через побічні ефекти ліків, неадекватне дозування або порушення правил програми, але й дозволяють швидше досягти терапевтичних цілей і попередити синдром вигорання в персоналу.

5. Використання принципу зменшення шкоди

Філософія зменшення шкоди в аспекті громадського здоров'я передбачає, що медичні або соціальні послуги, які надаються тим чи іншим особам, залишають за ними право вибору способу життя. Численні дослідження показують ефективність такого підходу з точки зору як лікування окремого пацієнта, так і епідемічного процесу в цілому.

Принцип зменшення шкоди категорично несумісний з такою практикою, як виписка пацієнтів-СІН з лікувальної програми через факт вживання наркотичних засобів. Це, по-перше, призводить до погіршення стану пацієнта, по-друге, сприяє поширенню інфекцій, у тому числі їх резистентних форм, у загальній популяції.

6. Міжсекторальна взаємодія

Взаємодія між державним і недержавним сектором в організації та наданні послуг є не тільки корисною, а й в багатьох випадках обов'язковою. Незважаючи на недостатні інфраструктурні можливості НДО для забезпечення комплексної медичної допомоги, ці організації часто мають гнучкі можливості для залучення консультантів, а також фінансові ресурси, недоступні для державних установ.

Переадресування

Якщо впровадження необхідної послуги на базі закладу неможливе або недоцільне, її надання слід забезпечити шляхом переадресування. Варто зауважити, що, незважаючи на обмежені кадрові або лабораторні ресурси, повноцінне надання послуги на території ЦІД можливо організувати через залучення спеціалістів інших закладів або шляхом періодичних виїздів спеціально обладнаних автомобілів (мобільних амбулаторій). Ці механізми описані у відповідних розділах.

У випадку коли переадресування залишається єдиним варіантом, потрібно приділити особливу увагу вибору закладу, у якому воно буде здійснюватися. При цьому важливо враховувати відстань від ЦІД, пропускну здатність, а саме: кадрові, лабораторні, або інструментальні потужності. Деякі послуги можуть бути доступні за місцем проживання; нерідко обслуговування в іншому закладі, який знаходиться поблизу ЦІД, може бути більш зручним для його пацієнтів. У такому випадку пацієнти можуть написати заяву з проханням про надання послуг у бажаному закладі, що дозволить подолати територіальний принцип обслуговування населення.

У ході організації переадресування потрібно дотримуватися наступних правил:

- наявність офіційної домовленості із закладом, до якого здійснюється переадресування;
- погодження дати та часу кожного направлення (попередження про візит) зі співробітником, який повинен надавати послугу;
- супровід пацієнта до закладу (у разі можливості);
- документування факту отримання послуги (отримання результату тесту, або консультативного висновку, або іншої відмітки постачальника послуги).

Добре налагоджений механізм переадресування полегшує отримання послуги пацієнтами, але потрібно пам'ятати, що ймовірність повноцінного користування послугою значно вища за умови її доступності на території закладу.

Моніторинг та оцінка

Моніторинг є важливою складовою діяльності програм інтегрованої допомоги. Моніторинг – це процес збору та систематизації ключових показників діяльності програми. Його метою є оцінка та корекція поточної діяльності, забезпечення ефективного використання ресурсів і безперервності надання послуг, досягнення запланованих завдань та визначення можливостей для розвитку.

Збір інформації для моніторингу медичних програм повинен будуватися на системі документообігу, що існує в установі. Загальний принцип організації потоку даних у закладах охорони здоров'я сьогодні полягає у використанні персональної (медична карта, історія хвороби) та агрегуючої документації (журнали), на основі якої заповнюються звітні форми. Особливістю цієї системи є те, що первинною (вирішальною у разі виникнення розбіжностей) залежно від типу даних і закладу може бути або персональна, або агрегуюча інформація (наприклад, дані лабораторних аналізів первинно фіксуються в журналі обстежень, а результати лікарських консультацій – в історії хвороби), що призводить до надмірного дублювання інформації, а іноді й до втрати даних. У більшості випадків ні персональна, ні агрегуюча документація не придатні для швидкої обробки й аналізу інформації, тож обчислення досить простих показників потребує значного часу.

Для прискорення аналізу даних і формування звітів можуть використовуватися спеціально розроблені журнали або форми (в комплексі з електронними таблицями або самостійно), що дозволяють швидко уявити картину за певними показниками в обраній групі пацієнтів. У світовій практиці, а також в Україні існують більш досконалі електронні системи роботи з даними (автоматизоване робоче місце (АРМ), електронна історія хвороби), що дозволяють відмовитися від більшості різновидів вторинної документації, ведення якої не обумовлено в нормативній базі, та надають можливість миттєво формувати звіти за будь-якими показниками і зрізами й друкувати стандартні форми.

У програмах інтегрованої допомоги збір та обробка даних ускладнюються тим, що внаслідок вертикальної організації системи охорони здоров'я в Україні ведення хворих із поєднаною патологією здійснюється паралельно кількома профільними установами. Кожний заклад незалежно від інших веде власну документацію, і в рамках цієї системи функція збору або централізації клінічних даних не здійснюється жодною з установ. Але керівним принципом інтегрованого підходу є наявність всієї інформації про пацієнта у одному місці. Тому одним із найважливіших завдань ЦІД є налагодження збору інформації з усіх закладів, що надають послуги за переадресуванням.

Загалом можна виділити наступні напрями для рутинного моніторингу в програмах інтегрованої допомоги:

- прийом та виписка пацієнтів;
- поставка, видача та облік препаратів;
- надання медичних послуг з діагностики, лікування та профілактики;
- надання послуг із психосоціальної реабілітації

Конкретний перелік моніторингових показників (індикаторів) і форми звітності визначаються адміністрацією закладу або спонсорами проекту. Примірний перелік показників наведено в таблиці 1. Детальна методика розрахунку індикаторів є предметом окремих публікацій і тренінгів, тому в пропонованому посібнику не описується.

Таблиця. Типові моніторингові показники програм інтегрованої допомоги та джерела даних

Персональна документація	Первинні дані	Агрегуюча документація	Приклади типових індикаторів (моніторингових показників)
Амбулаторна карта	Паспортні дані (стать, дата народження)	Журнал руху хворих	Середній вік пацієнтів
			Кількість жінок (%)
	Дата початку/припинення певного виду лікування (участь у програмі)	Журнал руху хворих	Кількість клієнтів на визначений час
			Кількість (%) виписок за причинами
			Показник утримання пацієнтів у програмі за визначений період
	Вік початку вживання ПАР	-	Середній стаж вживання окремих ПАР
	Дата та результат лабораторного або інструментального обстеження (ВГС, ВГВ, ТБ, ВІЛ, вагітність, ПАР)	Журнал лабораторних обстежень, журнал обліку тест-систем	Кількість використаних тестів
			Кількість (%) обстежених
Кількість (%) клієнтів з певним статусом (ВІЛ-позитивний, ТБ-анамнез, ВГС та ін.)			
Дата призначення препарату та доза	-	Кількість клієнтів (%), які мають показання для певного виду лікування	
		Середня, максимальна, мінімальна доза (для препаратів замісної терапії)	
Дата та результат консультації спеціаліста	-	Кількість (%) клієнтів, які отримують певний вид терапії	
		Кількість (%) охоплених певним видом консультування	
Дата та результат консультації спеціаліста	Журнал проведення консультацій	Кількість (%) охочих певним видом консультування	
		Кількість проведених консультацій	
Листок призначень препаратів	Дата та кількість виданого препарату	Журнали використання (обліку) препаратів	Кількість отриманого та використаного препарату
			Залишок препарату на визначений час
			Кількість (%) своєчасних візитів для отримання препаратів
Картка психосоціального супроводу клієнта	Дата та результат консультації	Журнал кейс-менеджера, журнал проведення консультацій	Кількість (%) охоплених певним видом консультування
			Кількість проведених консультацій
	Відомості про працевлаштування	-	Кількість (%) працевлаштованих

Оцінка – це систематизований процес дослідження функціонування програми з точки зору її ефективності. Цей процес зазвичай не є частиною повсякденної діяльності закладів, але проведення оцінки, якщо така можливість є, може бути дуже корисним для того, щоб зробити висновки про ефективність та доцільність програмних заходів.

Цілеспрямована оцінка має базуватися на загальновідомих випробуваних дослідницьких інструментах, таких, наприклад, як Індекс важкості залежності (ASI), анкета ризику передачі вірусів, що передаються через кров (BBV-TRAQ) та ін. Ці опитування мають проводити підготовлені інтерв'юери. Здебільшого в програмах відсутня можливість проводити систематизовану оцінку із застосуванням випробуваних інструментів. Але деякі показники, що збираються в процесі моніторингу, можуть допомогти оцінити ефективність програми та досягнення терапевтичних цілей на узагальненому рівні.

Наступні показники можуть свідчити про ефективність або неефективність програми:

- кількість клієнтів (у процентному вираженні), які своєчасно пройшли всі медичні обстеження;
- кількість клієнтів, які працевлаштувались або відновили документи за певний термін;
- кількість нових випадків ВІЛ і гепатитів (сероконверсій) серед клієнтів програми;
- кількість пацієнтів (у процентному вираженні) з рівнем CD4 < 350, які отримують АРТ тощо.

Висновок про ефективність програми повинен ґрунтуватися на комплексній оцінці, але й окремі показники можуть вказати на слабкі місця та виявити потенціал для покращення діяльності.

Структура документу

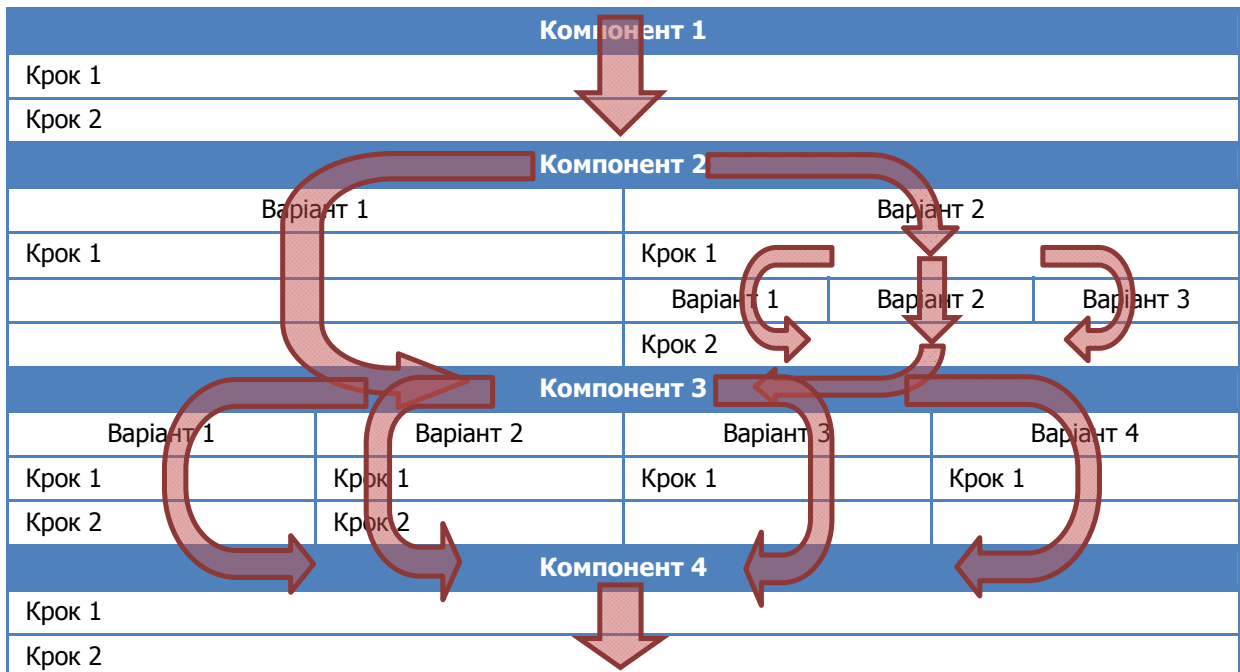
З точки зору організації, будь-яка послуга складається з відповідних структурних елементів, або **компонентів**. Деякі компоненти є обов'язковими для того, щоб послуга була повноцінною, натомість деякі необов'язкові. У свою чергу, компоненти можуть мати декілька варіантів упровадження

Багато структурних компонентів є спільними для певних послуг. Наприклад, консультативна робота лікаря є невід'ємним компонентом діагностики залежності, супроводу АРТ, лікування туберкульозу та ін. Зміст цього компоненту в рамках конкретної послуги, звичайно, відрізняється і в кожному випадку є іншим, але в організаційному плані цей компонент у складі будь-якої послуги є тотожним.

Компоненти можуть мати один або декілька **варіантів** упровадження. Незалежно від того, за яким варіантом буде організований цей компонент, послуга вважається повноцінною (мал.).

Алгоритм впровадження кожного варіанту розбитий на **практичні кроки**, які необхідно виконати для успішного впровадження послуги.

Мал. Структура опису послуг



Оскільки багато компонентів є спільними для декількох послуг, щоб уникнути повторення, загальний опис послуги та перелік її складових компонентів міститься у частині II, а детальні алгоритми впровадження компонентів відокремлені у частині III. У частині II подається посилання на опис відповідного компонента у вигляді гіперпосилання: [\(на стор. 16\)](#).

В електронній версії документа гіперпосилання (підкреслений синій шрифт у дужках) працюють у разі натискання клавіші [Ctrl]. Швидко повернутися назад до розділу, що переглядався перед цим, можна за допомогою кнопки [Back] на клавіатурі або миші (якщо вона є) чи комбінації клавіш [Alt] + [←] на клавіатурі.

Важливою частиною даного документа є посилання на нормативну базу. Окрім посилань у тексті, повний список нормативних та інших згаданих документів приводиться у додатку. Задля полегшеного сприйняття тексту, при першому посиланні на документ його повна назва приводиться у зносці внизу сторінки за номером, якій відповідає його номеру у додатку. Повторні посилання на документ приводяться тільки у вигляді того ж самого номера у квадратних дужках, якій у електронній версії документа також працює як гіперпосилання.

Частина II

Послуги та їх структурні компоненти

Група послуг 1. ВІЛ/СНІД

Послуги з профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції є одним із найважливіших компонентів інтегрованої допомоги для СНІ. СНІ залишаються рушійною силою епідемії ВІЛ, тому якнайширше охоплення їх цими послугами, є найважливішим завданням для громадського здоров'я.

Послуга 1. Консультування і тестування на ВІЛ

Актуальність. Консультування і тестування на ВІЛ є ключовим компонентом програм профілактики та здійснення лікування й догляду за хворими на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Окрім виявлення ВІЛ-інфекції, ця послуга має на меті профілактику поширення ВІЛ шляхом інформування та попередження клієнтів щодо ризиків інфікування.

Організаційні та нормативні засади. Право всіх громадян України, громадян інших держав та осіб без громадянства на тестування з метою виявлення ВІЛ закріплено в національному законодавстві⁷.

Існує три основні підходи до проведення тестування на ВІЛ. У рамках першого підходу консультування і тестування здійснюються з ініціативи особи, яка бажає знати свій ВІЛ-статус. Цей підхід, відомий як добровільне консультування і тестування (ДКТ), був основою виявлення ВІЛ-інфекції і добре описаний у нормативній базі. Основоположними документами для нього є наказ про вдосконалення ДКТ⁸, що затверджує низку документів, у тому числі порядок ДКТ⁹. Другий підхід полягає в проведенні тестування з ініціативи медичного працівника (за умови згоди пацієнта), що дозволяє охопити більш широкі верстви населення. Цей підхід був запропонований пізніше, і нормативна база для його застосування ще не затверджена¹⁰. Третій підхід, що передбачає обов'язкове тестування на ВІЛ для донорів крові або тканин, не є предметом пропонованого посібника.

Незалежно від того, з чиєї ініціативи відбувається тестування, обов'язковою умовою є проведення до- та післятестового консультування, тому загальноприйнятою назвою цієї послуги є консультування і тестування на ВІЛ (КіТ).

Відповідно до Закону України [7] тестування на ВІЛ може здійснюватися в медичних закладах усіх форм власності та підпорядкування, службах соціальної підтримки та інших організаціях за умови наявності ліцензії на цей вид діяльності. При цьому потрібно розрізняти поняття «тестування з метою виявлення ВІЛ» та «постановка діагнозу ВІЛ-інфекції»: останнє може включати в себе інші обстеження та відбуватися лише в медичних закладах.

Впровадження КіТ на базі ЗОЗ можливо силами персоналу закладу або через залучення фахівців партнерських організацій. Штатні нормативи ЗОЗ встановлюються відповідно до чинної редакції наказу

⁷ Закон України від 23.12.2010 № 2861-VI «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

⁸ Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

⁹ «Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)», затверджений Наказом МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

¹⁰ «Настанова для медичних працівників щодо надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» (проект Наказу МОЗ України).

Міністерства охорони здоров'я України¹¹. За необхідності згідно з порядком [9] до проведення КіТ можливо залучати фахівців з державних організацій та НДО. Також КіТ може проводитися на території закладу шляхом залучення мобільних амбулаторій¹².

Якщо заклад планує впровадження інших послуг у сфері допомоги ВІЛ-інфікованим (клінічний моніторинг, АРТ), доцільним є заснування кабінету «Довіра», що надасть можливість ввести додаткові штатні одиниці лікаря, середнього та молодшого медперсоналу й полегшить організацію інших послуг. Відповідно до типового положення¹³ кабінети «Довіра» створюються територіальними управліннями охорони здоров'я на базі центрів СНІДу або інших ЗОЗ (остання на момент створення посібника редакція наказу [11] описує штатні нормативи кабінетів «Довіра» лише на базі центрів СНІД, міських та районних лікарень і поліклінік).

Зміст. Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію складається з дотестового консультування, що проводиться перед проходженням тесту на ВІЛ, тестування (лабораторного обстеження на наявність антитіл/антигенів ВІЛ з використанням традиційних (ІФА) або швидких тестів) та післятестового консультування, яке проводиться після отримання результату тесту на ВІЛ. Зміст консультування висвітлюється у проекті наказу [10], порядку [9] та додатку до нього¹⁴. Керівник ЗОЗ відповідає за дотримання кожним фахівцем принципів КіТ, необхідного змісту та повноти консультування, а також відповідно до Закону України [7] та п. 5.1.2 порядку забезпечує та контролює дотримання умов конфіденційності перед проведенням КіТ, під час та після КіТ.

Компонент 1. Дотестове консультування

Першим етапом КіТ є дотестове (передтестове) консультування, мета якого – створення сприятливої атмосфери, надання інформації про процедуру та мету тестування, інформування про подальші наступні дії тощо. Незалежно від того, звернувся пацієнт з приводу проходження тесту на ВІЛ за власним бажанням чи тестування ініціював медичний працівник, під час дотестового консультування пацієнт повинен надати інформовану згоду, підписавши відповідну форму, або відмовитися від тестування.

Цей компонент має два варіанти впровадження ([на стор 75](#)).

Компонент 2. Переданалітичний етап тестування на ВІЛ

Переданалітичний етап тестування на ВІЛ, як і будь-які інші лабораторні дослідження, може бути організований у два способи ([на стор 77](#)).

Компонент 3. Аналітичний етап тестування на ВІЛ

Згідно із Законом України [7] тестування на ВІЛ може здійснюватися в закладах усіх форм власності та підпорядкування за наявності відповідно обладнаної спеціальної лабораторії, акредитованої у встановленому порядку^{15, 16}. Слід зазначити, що на час створення посібника порядок акредитації для закладів, у яких проводять діагностику за допомогою швидких тестів, ще не встановлено^{17, 18}.

¹¹ Наказ МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я», із змінами згідно з Наказом МОЗ України від 12.03.2008 № 122.

¹² «Про затвердження Типового положення про спеціалізовані формування «Мобільний пункт консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та мобільну амбулаторію консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) і лікування ІПСШ» (Проект Наказу МОЗ України).

¹³ «Типове положення про кабінет «Довіра», затвержене Наказом МОЗ України від 25.02.2008 № 102 «Про функціонування кабінетів «Довіра».

¹⁴ Додаток 1 «Особливості консультування різних груп населення» до п. 12 розділу 4 «Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протокол)», затвердженого Наказом МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

¹⁵ «Порядок акредитації спеціальних лабораторій діагностики СНІД», затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 № 2026 «Питання запобігання та захисту населення від ВІЛ-інфекції та СНІД».

¹⁶ Наказ МОЗ України від 22.02.2002 № 71 «Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції».

¹⁷ Наказ МОЗ України від 27.08.2009 № 639 «Про затвердження Тимчасового порядку обстеження на ВІЛ-інфекцію із застосуванням швидких тестів, їх використання, зберігання та обліку результатів».

Детальні вимоги до методики тестування, забезпечення та функціонування лабораторії містяться в інструкції [16] та у наказі [18].

Аналітичний етап тестування на антитіла до ВІЛ може бути організований у такий само спосіб, як і інші лабораторні дослідження ([на стор 79](#)).

Компонент 4. Післятестове консультування

Результат тесту на ВІЛ повідомляється пацієнту в ході післятестового консультування [7].

Враховуючи те, що відомості про результат тесту на ВІЛ, наявність чи відсутність ВІЛ-інфекції в особи, яка пройшла медичний огляд, є конфіденційними та становлять лікарську таємницю, повідомляти про них дозволяється тільки особу, якої вони стосуються, а у випадках, передбачених чинним законодавством України, – також законним представникам цієї особи, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання та суду.

Ці відомості не можуть бути передані в інші державні немедичні або недержавні (як медичні, так і немедичні) установи, організації, заклади, об'єднання громадян. Відповідно, підтримувальне післятестове консультування (надання додаткових послуг після повідомлення результату тесту) може проводитись в інших установах лише за умови активного звернення пацієнта та повідомлення ним особисто про результат власного тесту.

Післятестове консультування може бути організоване в такий само спосіб, як і дотестове консультування ([на стор 75](#)).

Компонент 5. Підтверджувальне обстеження та облік

У разі отримання негативного результату в процесі обстеження із застосуванням методу ІФА або швидких тестів пацієнту видається довідка (форма первинної облікової документації № 503-4/0). У випадку отримання позитивного або сумнівного результату зразок матеріалу потрібно направити на підтверджувальне тестування [16, 18]. Підтверджувальне тестування здійснюється в лабораторіях, перелік яких визначено наказом МОЗ.

У разі позитивного результату підтверджувального обстеження пацієнт направляється до регіонального центру СНІДу або іншого закладу, в якому здійснюється диспансерне спостереження за ВІЛ-інфікованими особами (кабінет «Довіра»). У такому закладі для пацієнта заповнюється реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи (форма № 502-1/0) та інші облікові й звітні документи, затвержені наказом МОЗ України та Держкомстату України¹⁹. Заклад, у якому здійснюється диспансерне спостереження, проводить поглиблене обстеження для визначення стадії ВІЛ-інфекції та необхідності призначення АРТ.

Послуга 2. Консультація інфекціоніста

Актуальність. Консультація інфекціоніста є актуальною послугою для більшості СІН у зв'язку з високими рівнями поширеності серед зазначеної категорії осіб ВІЛ-інфекції, гепатитів і туберкульозу.

Нормативна база. Обсяг лікарської допомоги та питання її якості регулюються державними соціальними стандартами та клінічними протоколами. Державні соціальні стандарти (нормативи) надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах затверджені наказом МОЗ²⁰ і включають нормативи за спеціальністю «інфекційні хвороби». Щодо інфекційних хвороб актуальними для споживачів наркотиків і пацієнтів замісної терапії є такі клінічні протоколи: антиретровірусна терапія²¹,

¹⁸ Наказ МОЗ України від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження порядку визначення серологічних маркерів ВІЛ-інфекції та забезпечення якості досліджень».

¹⁹ Наказ МОЗ України та Держкомстату України від 24.12.2004 № 640/663 «Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та інструкцій щодо їх заповнення».

²⁰ Наказ МОЗ України від 28.12.2002 № 507 «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

²¹ «Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», затверджений Наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків».

опортуністичні інфекції²², паліативна, симптоматична та патогенетична терапія хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД²³, коінфекція ВІЛ/ТБ²⁴, коінфекція ВІЛ і гепатит С²⁵. Також інфекціоніст має керуватися затвердженими МОЗ методичними рекомендаціями, зокрема з лабораторного моніторингу ВІЛ-інфекції²⁶.

Консультації з приводу ВІЛ/СНІДу можуть здійснювати лікарі-інфекціоністи або інші фахівці, які мають належну підготовку. Лікар може бути штатним співробітником закладу або залученим консультантом. Трудові відносини між лікарем-консультантом та ЗОЗ, що його викликає, залежно від варіанту співпраці регулюються низкою нормативних актів, детально описаних у відповідному розділі ([на стор 69](#)).

Зміст. Зміст консультації визначається насамперед потребами пацієнтів. Інфекціоніст здійснює діагностику (збирає анамнез, проводить огляд та фізикальне обстеження, призначає лабораторні та інструментальні дослідження) та лікування інфекційних захворювань. Алгоритм лікарського обстеження описаний у чинному клінічному протоколі АРВ [21].

Інфекціоніст має дотримуватися стандартів і протоколів, що діють на момент надання послуги або проведення лікування пацієнта.

Компонент 1. Робота лікаря

З організаційної точки зору, єдиним компонентом є робота лікаря ([на стор 73](#)). Практичні кроки впровадження описані у відповідному розділі.

Послуга 3. Медичний супровід ВІЛ-інфекції

Актуальність. Організація послуги «Медичний супровід ВІЛ-інфекції» для ВІЛ-інфікованих поза межами служби СНІДу є непростим завданням, але така децентралізація, надзвичайно корисна для пацієнтів, суттєво підвищує доступність діагностики та лікування і їх ефективність. На час створення пропонованого посібника існує понад 200 центрів на базі непрофільних закладів, у яких здійснюється клінічний моніторинг. Крім цього, у деяких з існуючих ЦІД успішно впроваджено більшість компонентів, описаних далі, за тим чи іншим варіантом. Тому реалізація цієї складної, але надзвичайно важливої послуги є цілком реальним завданням.

Зміст. Диспансерне спостереження пацієнтів із ВІЛ-інфекцією/СНІДом є комплексним процесом із забезпеченням уніфікованих послуг, зосередженим на індивідуальних потребах пацієнта. Супровід починається з моменту встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції і триває протягом усього життя. Він включає постійний контроль стану здоров'я пацієнта, діагностику, попередження та лікування опортуністичних і супутніх інфекцій та захворювань, моніторинг імунного статусу й вірусного навантаження, підготовку до АРТ та її проведення, досягнення, підтримку та контроль прихильності до лікування, психологічну і соціальну підтримку, забезпечення спадковості та послідовності надання допомоги в повному обсязі. Законом України [7] передбачено, що всі вищезазначені складові повинні бути доступні для пацієнтів із позитивним ВІЛ-статусом.

²² «Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків», затверджений Наказом МОЗ України від 13.04.2007 № 182 «Про затвердження клінічних протоколів».

²³ «Клінічний протокол надання паліативної допомоги; симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД», затверджений Наказом МОЗ України від 03.07.2007 № 368 «Про затвердження Клінічного протоколу надання паліативної допомоги; симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».

²⁴ «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію», затверджений Наказом МОЗ України від 28.05.2008 № 276 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання – туберкульоз та ВІЛ-інфекцію».

²⁵ «Клінічний протокол діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію», затверджений Наказом МОЗ України від 30.12.2008 № 826 «Про затвердження Клінічного протоколу діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію».

²⁶ «Методичні рекомендації щодо лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією та антиретровірусною терапією», затверджені Наказом МОЗ України від 12.12.2003 № 580 «Про удосконалення лікування хворих на ВІЛ-інфекцію та СНІД».

У контексті організації інтегрованих послуг для СНІ цей посібник визначає медичний супровід ВІЛ-інфекції як єдину послугу, що включає всі обов'язкові аспекти допомоги ВІЛ-інфікованим, окрім проведення АРТ, профілактики та лікування опортуністичних інфекцій (ОІ) та психосоціальної підтримки, що виділені як окремі послуги. Іншими словами, медичний супровід включає всі клінічні заходи, які повинен отримувати пацієнт із позитивним ВІЛ-статусом до та під час проведення АРТ і лікування ОІ.

Організаційні та нормативні засади. Згідно з наказом про затвердження моніторингових форм²⁷ (наразі ведеться робота з його оновлення, але змін у структурі диспансерного обліку не передбачається) диспансерний облік ВІЛ-інфікованих провадиться в ЗОЗ державної та комунальної форм власності, а також у відділеннях і кабінетах профілактики та лікування ВІЛ-інфекції (до яких відносяться кабінети «Довіра»). Вищезазначений наказ тісно пов'язує облік осіб з наданням їм діагностичних послуг і дає право оформлювати направлення на імунологічні та вірусологічні обстеження лише в ті установи, що ведуть диспансерний облік. Тому, якщо заклад має намір впроваджувати медичний супровід для ВІЛ-інфікованих, доцільним є заснування кабінету «Довіра».

Якщо в закладу немає можливості створити кабінет «Довіра», більшість компонентів цієї послуги можуть бути організовані на власній базі в інший спосіб, але обов'язковою умовою буде тісна співпраця зі службою СНІДу, яка повинна забезпечити моніторинг і виконання інших нормативних вимог.

Компонент 1. Робота лікаря

Робота лікаря є ключовим компонентом медичного супроводу ВІЛ-інфікованих. Ведення ВІЛ-інфікованих пацієнтів може здійснювати тільки інфекціоніст або терапевт, який пройшов спеціальну підготовку. Організаційні кроки залучення лікаря є стандартними ([на стор 73](#)).

Лікар здійснює обстеження, консультування, призначення препаратів (АРТ, для профілактики та лікування інших захворювань), моніторинг пацієнтів; працює в напрямі підвищення прихильності пацієнта до всіх призначених видів лікування, направляє до спеціалістів та на обстеження. Водночас лікар є головою МДК, відповідальним за навчання членів команди, забезпечення якості, контроль даних, профілактику професійного виснаження, загальне клінічне та організаційне керівництво.

Окрім лікаря, який безпосередньо відповідає за медичний супровід (найчастіше це інфекціоніст), пацієнтам із ВІЛ-інфекцією нерідко показані консультації інших спеціалістів – фтизіатра, невролога, офтальмолога, гінеколога тощо. Якщо у штаті закладу таких фахівців немає (або вони не можуть обслуговувати додаткових пацієнтів), залучення необхідного спеціаліста може відбуватись одним із визначених шляхів ([на стор 73](#)) відповідно до передбачуваного навантаження та потрібної частоти консультацій.

У цьому посібнику консультації нарколога, психіатра, гінеколога, дерматовенеролога також описані як окремі послуги.

Компонент 2. Робота медсестри

Медична сестра забезпечує постійний зв'язок між лікарем і пацієнтом та проводить оцінювання пацієнтів, організацію повторних візитів, здійснює психологічну підтримку, моніторинг прихильності, консультування з питань ризикованої поведінки і профілактики ВІЛ, догляд на дому, паліативний догляд, контроль руху ліків (видачу, зберігання і документування).

Якщо в штаті немає середнього медичного працівника, який виконує зазначені функції, існують декілька варіантів його залучення ([на стор 74](#)).

Компонент 3. Мультидисциплінарна команда

У мінімально необхідному обсязі послуга з медичного супроводу ВІЛ-інфекції може виконуватися лише лікарем та середнім медичним працівником. Створення МДК дозволить суттєво підвищити якість надання

²⁷ Наказ МОЗ України від 07.04.2008 № 187 «Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо їх заповнення».

послуги та ефективність лікування. Загальні принципи формування МДК є єдиними для всіх послуг ([на стор 72](#)).

Компонент 4. Лабораторні дослідження

Одним із найоб'ємніших компонентів цієї послуги є проведення лабораторних досліджень. Види та періодичність проведення лабораторних досліджень для пацієнтів з ВІЛ-інфекцією до та під час отримання АРТ визначені відповідним клінічним протоколом [21] та методичними рекомендаціями [26].

Усі передбачені дослідження можна класифікувати в такий спосіб.

1. Обов'язкові загальноклінічні та біохімічні дослідження:

- загальний аналіз крові (з визначенням рівня гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитарної формули, абсолютної кількості лейкоцитів);
- біохімічне дослідження крові (білірубін та його фракції, АЛаТ, АСаТ, сечовина, креатинін, глюкоза, загальний білок та альбумін);
- загальний аналіз сечі.

2. Додаткові загальноклінічні та біохімічні дослідження:

- електроліти крові (натрій, калій) за підозри на порушення електролітного обміну;
- ЛДГ крові (наприклад, за підозри на лактацидоз);
- амілаза або ліпаза крові (за підозри на панкреатит);
- С-реактивний білок (CRP) як неспецифічний маркер запального процесу;
- показники обміну ліпідів (холестерин, тригліцериди, ЛПВЩ, ЛПНЩ, ЛПДНЩ), оскільки їх моніторинг важливий у разі лікування за схемою АРТ з включенням інгібіторів протеази (ІІ).

3. Дослідження на інші інфекційні захворювання:

- тест на сифіліс (RW);
- серологічні дослідження на гепатити В і С;
- серологічне дослідження IgG до токсоплазми;
- дослідження Ag-титру криптококу, коли рівень клітин CD4 <200 мкл-1, якщо це доступно (важливо за наявності симптомів захворювання через неспецифічність клінічних проявів криптококозу; у пацієнтів із безсимптомною стадією ВІЛ-інфекції можна не виконувати);
- антигенемія ЦМВ (ранній антиген pp65), коли рівень клітин CD4 <100 мкл-1, якщо це доступно (дозволяє виявити ЦМВ-інфекцію на ранній стадії; крім того, є маркером відповіді на лікування ЦМВ-інфекції);
- мазок на гонорею або хламідіоз, якщо є клінічні показання.

4. Лабораторний моніторинг перебігу ВІЛ-інфекції:

- для встановлення ступеня імунодефіциту та контролю прийому АРТ визначається кількість лімфоцитів CD4 (імунологічне обстеження);
- вірусне навантаження (ВН) рекомендовано використовувати для визначення рівня вірусної реплікації кожні 6 місяців прийому АРТ або у вагітних жінок для вирішення питання щодо призначення АРВ-препаратів і способу проведення пологів.

Для попередження технічних розбіжностей бажано, щоб тести виконувалися стандартними методами в одній лабораторії в динаміці.

Будь-яке лабораторне дослідження з точки зору організатора має 3 етапи: переданалітичний, аналітичний та постаналітичний. Залежно від наявності та можливостей власної лабораторії заклад може обрати різні варіанти реалізації аналітичного етапу (на місці або в іншій лабораторії), але у будь-якому разі потрібно забезпечити забір матеріалу (переданалітичний етап), який потім буде направлено до лабораторії. Згідно з п. 1.5 типового положення [13] будь-який заклад може здійснювати забір крові за наявності належних умов, але потрібно враховувати, що за відсутності в ЗОЗ власного відділення або кабінету профілактики та лікування ВІЛ-інфекції (кабінету «Довіра») оформлювати направлення та отримувати результат буде заклад, у якому здійснюється диспансерне спостереження [27].

Для всіх лабораторних досліджень практичні кроки організації переданалітичного (на стор 77) та аналітичного етапів (на стор 79) є універсальними. У ході впровадження різних видів досліджень можуть незалежно використовуватися різні варіанти переданалітичного або аналітичного етапів (наприклад, аналітичний етап загальноклінічних досліджень упроваджено на базі закладу, а імунологічні дослідження можуть виконуватися шляхом направлення матеріалу до лабораторії іншого ЗОЗ).

Компонент 5. Інструментальні дослідження

Окрім лабораторних досліджень, клінічним протоколом [21] передбачено проведення обов'язкових інструментальних досліджень (крім обстеження на туберкульоз, що виділене як окремий компонент):

- ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (для оцінки лімфатичних вузлів, стану печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, селезінки) і нирок;
- електрокардіографія (ЕКГ) перед початком АРТ (через підвищений ризик серцево-судинних захворювань у випадку призначення деяких АРВ-препаратів);
- за потреби також можуть призначатись ендоскопічні та рентгенологічні дослідження.

У пропонованому посібнику описані практичні кроки організації УЗД (на стор 93) та ЕКГ (на стор 92).

Компонент 6. Скринінг на туберкульоз

Своєчасне обстеження на туберкульоз (ТБ) є одним із найважливіших компонентів супроводу ВІЛ-інфікованих, тому що наявність ВІЛ-інфекції підвищує ризик захворювання на легеневий туберкульоз з 5–10% протягом усього життя до 5–10% протягом року. Цей ризик у СН додатково підвищується в 10–30 разів. Наразі ТБ є основною причиною смерті ВІЛ-інфікованих – до 70% смертей у цій популяції спричинені ТБ. Тому однією з найважливіших послуг для пацієнтів з ВІЛ є своєчасне виявлення активного туберкульозного процесу.

Основними та обов'язковими дослідженнями діагностики ТБ для ВІЛ-інфікованих є [21]:

- шкірно-алергічна проба (туберкулінова) щорічно за відсутності клінічних проявів ТБ;
- рентгенографія органів грудної порожнини (ОГП) під час первинного обстеження, потім щороку; також за наявності проявів захворювань дихальної системи, або у разі нещодавнього контакту з ТБ, або у випадку виявлення симптомів ТБ під час обстеження;
- мікроскопічне дослідження мокротиння тричі за наявності проявів захворювання легень, або в разі нещодавнього контакту з ТБ, або у випадку виявлення симптомів ТБ під час обстеження.

Виявлення симптомів ТБ, збір анамнезу, оцінку ризику захворювання на ТБ, призначення досліджень проводить лікуючий лікар (ці функції передбачені в компоненті 1), але потрібно пам'ятати, що відповідно до протоколу [24] діагноз ТБ підтверджується фтизіатром. Реєстрація випадку ТБ здійснюється в регіональному протитуберкульозному диспансері.

Туберкулінові проби у рамках масових обстежень ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД застосовують з метою формування контингентів для хіміопрофілактики ТБ у випадку визначення інфікування мікобактеріями туберкульозу (МБТ). Пробу Манту призначає лікуючий лікар або консультант (інфекціоніст чи фтизіатр). Постановка і оцінювання проби здійснюються лікарем або спеціально навченою медичною сестрою під наглядом лікаря²⁸. З метою визначення протипоказань лікар (медична сестра) в день виконання туберкулінових проб здійснює опитування та огляд осіб, яким має бути проведено пробу. Протипоказання, побічні дії та методика проведення проби детально описані в інструкціях²⁹ [28] та порядку³⁰ (який має

²⁸ «Інструкція щодо медичного застосування алергену туберкульозного очищеного рідкого в стандартному розведенні для внутрішньошкірного застосування», затверджена Головним державним санітарним лікарем України Л.С. Некрасовою (1997).

²⁹ «Інструкція про застосування туберкулінових проб», затверджена Наказом МОЗ України від 29.07.1996 № 233 «Про затвердження інструкцій щодо надання медико-санітарної допомоги хворим на туберкульоз».

³⁰ «Порядок проведення туберкулінодіагностики в Україні» (додаток до проекту Наказу МОЗ України).

замінити інструкцію [29]). Механізм організації туберкулінодіагностики описано далі ([на стор 94](#)). Туберкулінодіагностика більш докладно описана в пропонованому посібнику як окрема послуга ([послуга 8](#)).

Рентгенографічне обстеження (рентген або флюорографія) не є вирішальним діагностичним тестом із діагностики ТБ, а лише дозволяє запідозрити захворювання. Обстеження призначається лікуючим лікарем згідно з відповідним протоколом, постановою КМУ³¹ та інструкцією³². Варіанти та організаційні кроки для забезпечення рентгенологічного дослідження описані далі ([на стор 95](#)). Рентгенологічні методи дослідження також виділені і більш докладно описані у цьому посібнику як окрема послуга ([послуга 9](#)).

Мікроскопічне дослідження мокротиння дозволяє виявити МБТ, що є остаточним підтвердженням діагнозу легеневого ТБ. Але потрібно пам'ятати, що чутливість цього дослідження не є дуже високою і воно не дозволяє виявити позалегевені форми ТБ. Обстеження призначається лікарем згідно з клінічними протоколами³³ [21]. Організація та методика переданалітичного етапу (збору мокротиння) описані далі ([на стор 77](#)). Проведення аналітичного етапу дослідження може бути реалізовано декількома варіантами, які значною мірою співпадають з іншими видами лабораторних досліджень ([на стор 79](#)). Дослідження мокротиння більш докладно описані в пропонованому посібнику як окрема послуга ([послуга 10](#)).

Компонент 7. Забезпечення ведення документації та обліку

Якщо в закладі, що впроваджує послугу медичного моніторингу, немає окремого відділення або кабінету профілактики та лікування ВІЛ-інфекції (кабінету «Довіра»), потрібно налагодити зв'язок з територіальною установою служби СНІДу, на яку покладено функції ведення диспансерного обліку та моніторингу лікування. При цьому потрібно передбачити ефективний механізм двосторонньої передачі інформації про проведені обстеження та призначене лікування.

У закладі, що має затверджене відділення або кабінет профілактики та лікування ВІЛ-інфекції й самостійно веде диспансерний облік, для пацієнта заповнюється реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи (форма № 502-1/о) й інші облікові та звітні документи, затверджені наказом МОЗ України та Держкомстату України [19]. Система моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, затверджена відповідним наказом [27], передбачає ведення стандартних форм з моменту постановки на облік незалежно від факту отримання АРТ.

Послуга 4. Антиретровірусна терапія

Актуальність. Децентралізація лікування є одним із пріоритетних завдань Загальнонаціональної програми боротьби з ВІЛ-інфекцією. Комплексний план розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки, який затверджується щорічно³⁴, передбачає розширення кількості закладів, у яких проводять АРТ. Наближення цієї послуги до цільової групи суттєво збільшує прихильність до своєчасного отримання препарату та проходження обстежень, що, у свою чергу, приводить до кращої ефективності лікування.

Організаційні та нормативні засади. У цьому посібнику в рамках послуги «Медичний супровід ВІЛ-інфекції» описаний комплекс діагностичних і консультативних заходів, що показані всім пацієнтам із ВІЛ-інфекцією. Після призначення АРТ перелік цих заходів не змінюється (в окремих випадках може змінитися частота обстежень), тому в пропонованому посібнику наявність послуги «Медичний супровід ВІЛ-інфекції»

³¹ Постанова КМ України від 15.02.2006 № 143 «Про затвердження Порядку проведення обов'язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу».

³² «Інструкція про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України», затверджена Наказом МОЗ України від 17.05.2008 № 254 «Про затвердження Інструкції про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України».

³³ «Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз», затверджений Наказом МОЗ України від 09.06.2006 № 384 «Про затвердження протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз».

³⁴ Наказ МОЗ України від 04.06.2010 № 461 «Про затвердження Комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні в II-IV кварталі 2010 року - I кварталі 2011 року».

розглядається як обов'язкова передумова впровадження АРТ, тож компоненти супроводу в описі АРТ не повторюються.

Наразі не існує окремих навчальних програм (тематичного вдосконалення) з медичного супроводу і АРТ, тому, якщо лікар пройшов спеціальне навчання і веде медичний супровід, він також має право призначати АРТ. Проте станом на сьогодні призначення АРТ здійснюють тільки висококваліфіковані лікарі центрів СНІДу, а лікарі інших сайтів АРТ ведуть пацієнтів на подальших етапах.

Зміст. З організаційної точки зору, окрім компонентів, описаних в рамках послуги «Медичний супровід ВІЛ-інфекції», заклад, у якому проводиться АРТ, повинен обрати механізм забезпечення препаратами АРТ, забезпечити умови зберігання препаратів та запровадження системи їх предметно-кількісного обліку, а також вести роботу з прихильності.

Клінічні аспекти лікування повинні відповідати чинним Клінічним протоколам та стандартам³⁵ [21, 24].

Компонент 1. Забезпечення препаратами АРТ

Існує декілька варіантів забезпечення препаратами АРТ, вони описані у відповідному розділі ([на стор 85](#)).

Компонент 2. Забезпечення ведення документації та обліку

Застосування препарату включає не тільки процес призначення та видачі (це входить до функціональних обов'язків персоналу, який здійснює клінічний моніторинг), а й ведення системи обліку та звітності. У штаті закладу мають бути фахівці, підготовлені щодо ведення документації за системою моніторингу АРТ, що затверджена відповідним наказом [27] (на час створення посібника провадиться робота з оновлення цього документа). Наказом передбачено ведення журналів обліку препаратів, пацієнтів, які перебувають на диспансерному спостереженні, пацієнтів, які отримують АРТ, а також підготовку низки звітів і заповнення додаткових форм.

Компонент 3. Робота з прихильності

У ході проведення АРТ прихильність до лікування є критично важливою умовою ефективного пригнічення ВІЛ. Доведено, що для досягнення оптимального результату лікування хворий повинен прийняти 90-95% призначених доз, нижчий рівень прийому препаратів асоціюється з незадовільним результатом лікування. Первинна робота з підвищення прихильності до лікування є невід'ємною частиною діяльності лікаря, який призначає терапію, та медсестри, яка видає АРВ-препарати; ця робота здійснюється паралельно з консультуванням або видачею засобів терапії. Поглиблені заходи з прихильності (тренінги, інтервенції тощо) розглянуто в рамках послуги «Соціальна та психологічна підтримка».

Компонент 4. ДОТ-АРТ (необов'язковий)

Додатковим заходом із підвищення прихильності, який підсилює ефективність терапії, є прийом препарату під безпосереднім наглядом медичного працівника. Упровадження цього заходу особливо доцільне за умов щоденного відвідування закладу пацієнтом, наприклад, для отримання замісної терапії. Якщо пацієнт отримує схему АРТ, що передбачає прийом препаратів декілька разів на день, то під час візиту видається ранкова доза, а решту прийомів пацієнт здійснює самостійно. Тому ДОТ-АРТ повинна застосовуватися тільки в контексті інших заходів із забезпечення прихильності.

Організація видачі АРТ-препаратів під безпосереднім наглядом передбачає декілька кроків ([на стор 91](#)), але при цьому не потребує значних додаткових ресурсів.

Послуга 5. Соціальна та психологічна підтримка і супровід

³⁵ «Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків», затверджений Наказом МОЗ України від 19.08.2008 № 476 «Про затвердження стандарту лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків».

Актуальність. Першочерговим завданням психосоціального супроводу для ВІЛ-інфікованих є забезпечення прихильності до лікування та обстежень. Заходи з покращення прихильності, консультування з питань залежності, допомога у вирішенні соціальних проблем не тільки підвищують ефективність АРТ, а й сприяють доступу до інших послуг та покращують якість життя.

Зміст. Методика психосоціального супроводу та зміст втручань є предметом інших посібників і відповідних стандартів³⁶ [35]. Вичерпний перелік соціальних послуг для ЛЖВ, СН, осіб із поєднаною патологією та пацієнтів, які отримують ЗПТ, міститься у стандартах, затверджених спільним наказом³⁷. Робота з підвищення прихильності докладно описана в протоколі з АРТ [21]. Спектр соціальних послуг, актуальних для СН, є значним і включає як первинну та вторинну профілактику ВІЛ/СНІДу серед різних груп населення, так і надання немедичного догляду, психологічної, соціальної, юридичної, матеріальної допомоги клієнтам та їх сім'ям.

Організаційні та нормативні засади. Відповідно до статті 3 Закону України³⁸ надання соціальних послуг ґрунтується на принципах: 1) адресності й індивідуального підходу; 2) доступності та відкритості; 3) добровільності вибору/відмови від надання соціальних послуг; 4) гуманності; 5) комплексності; 6) максимальної ефективності використання бюджетних і позабюджетних коштів суб'єктами, що надають соціальні послуги; 7) законності; 8) соціальної справедливості; 9) забезпечення конфіденційності суб'єктами, що надають послуги, дотримання стандартів якості, відповідальності за дотримання етичних і правових норм.

Залежно від змісту послуги заходи з психосоціального супроводу можуть здійснювати психолог, юрист, соціальний працівник, соціальний педагог, медичний працівник, волонтер або консультант (консультування за типом «рівний – рівному»).

У стандартах [36] описуються кваліфікаційні вимоги до персоналу, водночас зазначається, що соціальним працівником може працювати особа без відповідної освітньої кваліфікації за умови, що вона пройшла інструктаж і/або короткотермінові курси, екзаменована постачальником послуг і має відповідний сертифікат.

У певних типах ЗОЗ є можливість увести штатні посади соціальних працівників. Наразі не існує нормативних обмежень щодо видів соціальної роботи, які можуть здійснювати штатні працівники, тому керівництво закладу може впровадити надання необхідних послуг штатними соціальними працівниками або психологами після належної підготовки. Якщо в закладі немає можливості увести штатні посади, психосоціальний супровід на його базі можуть здійснювати співробітники партнерських організацій.

Компонент 1. Заходи з психосоціального супроводу

З організаційної точки зору, єдиним компонентом цієї послуги є організація психосоціальної роботи ([на стор 91](#)).

Послуга 6. Профілактика і лікування опортуністичних інфекцій

Актуальність. Профілактика та лікування ОІ є невід'ємною частиною комплексу послуг для ВІЛ-інфікованих СН. Наближення цієї послуги до цільової групи суттєво збільшує прихильність до своєчасного отримання препаратів і проходження обстежень, що, у свою чергу, підвищує ефективність лікування.

Організаційні та нормативні засади. Згідно з протоколом [22] профілактика, діагностика та лікування ОІ є важливими складовими комплексної медичної допомоги особам з ВІЛ-інфекцією, що здійснюються всіма

³⁶ «Стандарт мінімального пакету соціальних послуг, спрямованих на профілактику ВІЛ/ІПСШ та ускладнень, що є супутніми при вживанні ін'єкційних наркотиків», затверджений Наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 18.12.2008 № 4941 «Про затвердження та впровадження стандартів мінімального пакету соціальних послуг у сфері ВІЛ/СНІДу різним категоріям дітей, молоді та сімей».

³⁷ Наказ Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерства праці і соціальної політики, МОЗ від 13.09.2010 № 3123/275/770 «Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику».

³⁸ Закон України від 19.06.2003 № 966-IV «Про соціальні послуги».

ланками медичної допомоги відповідно до можливостей і профілю лікувального закладу. Отже, наявність усіх компонентів супроводу не є обов'язковою передумовою для впровадження профілактики та лікування ОІ, хоча деякі компоненти є спільними для обох послуг. Проте слід зазначити, що впровадження повноцінного супроводу ВІЛ-інфекції є доцільним для надання більш ефективної та повної допомоги пацієнтам з ОІ.

Зміст. З організаційної точки зору, окрім компонентів, описаних у рамках послуги «Медичний супровід ВІЛ-інфекції», заклад, у якому проводяться профілактика й лікування ОІ, повинен визначити механізм забезпечення препаратами, забезпечити умови зберігання останніх та ведення системи їх предметно-кількісного обліку.

Клінічні аспекти лікування повинні відповідати чинним клінічним протоколам [22]. Так, протоколом передбачено проведення профілактики таких інфекцій, як пневмоцистоз, туберкульоз, токсоплазмоз, МАК, криптококоз. Найбільш широко застосовуваним препаратом для профілактики ОІ є ко-тримоксазол. Лікування ОІ не є підставою для призупинення/переривання інших видів лікування (в тому числі замісної терапії).

Компонент 1. Забезпечення препаратами для лікування ОІ

Існує декілька варіантів забезпечення препаратами для лікування ОІ ([на стор 86](#)).

Компонент 2. Робота лікаря

Проводити профілактику або лікування ОІ може лікар, який має спеціальну підготовку з медичного супроводу ВІЛ-інфекції. Організаційні кроки залучення лікаря є стандартними ([на стор 73](#)).

Компонент 3. Діагностика та моніторинг ефективності лікування

Діагностичні критерії ОІ базуються на даних лабораторних та інструментальних досліджень. Для всіх лабораторних досліджень практичні кроки організації переданалітичного ([на стор 77](#)) та аналітичного етапів ([на стор 79](#)) є універсальними. Під час впровадження різних видів досліджень можуть незалежно використовуватися різні варіанти переданалітичного або аналітичного етапів (наприклад, аналітичний етап загальноклінічних досліджень здійснюється на базі закладу, а імунологічні дослідження можуть виконуватися шляхом направлення матеріалу до лабораторії іншого ЗОЗ).

Практичні кроки організації УЗД ([на стор 93](#)), ЕКГ ([на стор 92](#)) та рентгенологічного дослідження ([на стор 95](#)) описані у відповідних розділах.

Група послуг 2. Туберкульоз

Туберкульоз – це інфекційне захворювання, що викликається збудником – мікобактерією туберкульозу (*Mycobacterium tuberculosis*, МБТ), характеризується утворенням специфічних гранул у різних органах і тканинах (специфічне туберкульозне запалення) в поєднанні з неспецифічними реакціями та різноманітною клінічною картиною, що залежить від форми, фази, локалізації та поширеності патологічного процесу.

Ситуація з туберкульозом в Україні вкрай складна: починаючи з 1995 р., у країні має місце епідемія туберкульозу, що невинно прогресує та набуває загрозливих масштабів. Щороку від цієї хвороби помирають 10–11 тис. хворих, тобто понад 30 осіб у день.

Споживання ін'єкційних наркотиків, зловживання алкоголем, перебування в місцях позбавлення волі є додатковими факторами підвищеного ризику інфікування ВІЛ та розвитку туберкульозу. Тому всі пацієнти, які вживають ін'єкційні наркотики або отримують замісну терапію, повинні мати безперешкодний доступ до послуг із діагностики та лікування туберкульозу. Важливість адекватного доступу зумовлена зв'язком між епідеміями туберкульозу та ВІЛ, а також наступними факторами:

- ВІЛ-інфіковані пацієнти належать до групи ризику стосовно наявності або розвитку активного туберкульозу як однієї з основних причин смерті;
- ВІЛ-інфекція впливає на перебіг туберкульозу та ефективність його лікування;
- активний туберкульоз впливає на перебіг ВІЛ-інфекції та ефективність антиретровірусної терапії;
- туберкульоз може бути одним із проявів III або IV стадії ВІЛ-інфекції, що потребує призначення антиретровірусного лікування.

Послуга 7. Консультація фтизіатра

Актуальність. Консультація фтизіатра є обов'язковою послугою для СІН у зв'язку з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз та високим рівнем коінфекції ВІЛ–туберкульоз.

Нормативна база. Обсяги лікарської допомоги та питання її якості регулюються державними соціальними стандартами та клінічними протоколами. Державні соціальні стандарти (нормативи) надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах затверджені наказом МОЗ [20] і включають нормативи за спеціальностями «Фтизіатрія» та «Пульмонологія». У ході консультування споживачів наркотиків і пацієнтів, які отримують замісну терапію, фтизіатр повинен керуватися наступними клінічними протоколами, стандартами та інструкціями: лікування туберкульозу [33], ДОТС³⁹, коінфекція ВІЛ/ТБ [24], хіміорезистентний туберкульоз⁴⁰, інструкція з класифікації туберкульозу⁴¹, а також інструкціями та стандартами із застосування окремих діагностичних досліджень (описаними у відповідних послугах).

Консультувати з приводу туберкульозу можуть лікарі – фтизіатри, пульмонологи, інфекціоністи або інші фахівці, які мають належну підготовку. Лікар може бути як штатним співробітником закладу, так і залученим консультантом. Трудові відносини між лікарем-консультантом та ЗОЗ, який його залучає,

³⁹ «Протокол по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні», затверджений Наказом МОЗ України від 24.05.2006 № 318 «Про затвердження протоколу по впровадженню ДОТС-стратегії в Україні».

⁴⁰ «Стандарт надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз», затверджений Наказом МОЗ України від 22.10.2008 № 600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».

⁴¹ «Інструкція про клінічну класифікацію туберкульозу та її застосування», затверджена Наказом МОЗ України від 09.06.2006 № 385 «Про затвердження Інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз».

залежно від варіанту співпраці регулюються низкою нормативних актів, що детально описані у відповідному розділі ([на стор 69](#)).

Зміст. Зміст консультації визначається у першу чергу потребами пацієнтів. Фтизіатр здійснює діагностику (збирає анамнез, проводить огляд та фізикальне обстеження, призначає лабораторні та інструментальні дослідження), мотивує до своєчасного проходження обстежень, а також інформує клієнта щодо шляхів зараження, методів діагностики, можливості виліковування, доступу до терапії та гарантування безоплатного лікування. Алгоритми лікарського обстеження описані в чинному протоколі [33]. Якщо хворий отримує лікування (в неспеціалізованих закладах можливе проведення підтримувальної фази та хіміопрофілактики), фтизіатр консулює з питань прихильності, контролює ефективність терапії, відстежує та лікує побічні ефекти.

Компонент 1. Робота лікаря

З організаційної точки зору, єдиним компонентом послуги є робота лікаря. Практичні кроки впровадження описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Послуга 8. Проба Манту

Актуальність. Проба Манту (туберкулінова проба) є швидким, простим та недорогим діагностичним методом, який дає можливість виявити хворих, інфікованих, уперше інфікованих туберкульозом та осіб з підвищеною вірогідністю і ризиком захворювання. Туберкулінова проба в дорослих проводиться серед осіб, які мали контакт із хворими на активну форми туберкульозу, і осіб, які належать до груп ризику щодо захворювання на туберкульоз (ВІЛ-інфіковані, СІН) з метою відбору контингенту для проведення хіміопрофілактики туберкульозу.

Нормативні та організаційні засади. Діагностична постановка проби Манту зазвичай проводиться в протитуберкульозних кабінетах поліклінік, обласних центрах СНІДу та спеціалізованих протитуберкульозних закладах. З метою обстеження СІН на туберкульоз, раннього виявлення хворих, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, туберкулінодіагностику необхідно впроваджувати в усіх закладах, що працюють із цією групою пацієнтів. Показання для проведення туберкулінодіагностики для різних категорій хворих описані в клінічних протоколах [21, 24, 33]. Методика проведення, побічні дії та протипоказання детально викладені в інструкціях [28, 29] та порядку [30], який має замінити інструкцію [29].

Зміст. Проведення проби Манту починається з її призначення лікарем (це може бути лікуючий лікар або консультант – інфекціоніст чи фтизіатр). Постановка й оцінювання проби здійснюються лікарем або спеціально підготовленою медичною сестрою під наглядом лікаря [28]. Оцінювання результатів проби проводиться через 72 години, тому потрібно враховувати поведінкові особливості активних СІН та проводити роботу з прихильності, щоб забезпечити своєчасність візиту до медичного закладу з метою контролю результатів проби. Основним диференційно-діагностичним критерієм слугує розмір клітинного інфільтрату – папули. Результат може бути негативним, сумнівним, позитивним, різко позитивним (гіперергічним). Позитивний результат проби не є визначальним критерієм захворювання на туберкульоз, тому пацієнт із позитивним результатом проби Манту потребує додаткових обстежень. Після оцінки проби Манту доцільно призначити консультацію фтизіатра ([послуга 7](#)), який визначає, чи мав пацієнт контакт із хворим на туберкульоз, а також наявність клінічних ознак захворювання та призначає додаткові консультації й клініко-лабораторні обстеження.

Компонент 1. Забезпечення туберкуліном і проведення проби

Основним компонентом послуги є забезпечення туберкуліном і підготовка персоналу. Організаційні варіанти та кроки описані в окремому розділі ([на стор 94](#)).

Компонент 2. Робота медсестри

У рамках надання послуги «Проба Манту» медсестра проводить постановку проби та її оцінку. Практичні кроки організації роботи медсестри описані у відповідному розділі ([на стор 74](#)).

Послуга 9. Рентгенологічне дослідження

Актуальність. Рентгенологічні дослідження ОГП використовуються як скринінгові та діагностичні обстеження на туберкульоз. При цьому флюорографія переважно застосовується для скринінгу, а інші рентгенологічні методи (рентгенографія ОГП, рентгеномографія, комп'ютерна томографія) – для діагностики та диференційної діагностики.

Організаційні та нормативні засади. Відповідно до протоколу виявлення туберкульозу серед дорослих проводиться в 3 етапи: 1) збір скарг і анамнезу; 2) рентгенологічне дослідження ОГП; 3) триразове дослідження мокротиння на кислото-стійкі бактерії (КСБ). Таким чином, рентгенологічне дослідження призначається тільки за наявності скарг (кашлю протягом 3 тижнів і більше, втрати маси тіла; втомлюваності; лихоманки; потіння вночі; болю в грудній клітці; втрати апетиту; кровохаркання). Якщо пацієнт належить до групи ризику (до якої входять і СІН), планові скринінгові дослідження за відсутності скарг призначаються щорічно. Згідно з постановою [31] особи, які перебувають під медичним наглядом у наркологічних, психоневрологічних або протитуберкульозних закладах, підлягають обов'язковому рентгенологічному обстеженню на виявлення туберкульозу.

Відповідно до протоколу [33] виявлення туберкульозу шляхом скринінгової флюорографії серед дорослих, які належать до груп ризику, проводиться в поліклінічних відділеннях будь-якого профілю. Призначити рентгенологічні дослідження з метою скринінгу (за відсутності скарг) або диференційної діагностики (за наявності скарг) може лікар будь-якої спеціальності.

Зміст. Рентгенологічне дослідження призначається лікарем з урахуванням показань і протипоказань. Слід зазначити, що флюорографія є саме скринінговим методом, і в разі виявлення ознак туберкульозного процесу на флюорограмі пацієнту призначають рентгенографію ОГП. Рентгенодіагностика не є специфічним методом підтвердження діагнозу туберкульозу, оскільки схожі зміни спостерігаються у випадку іншої легеневої патології, але є одним з основних діагностичних критеріїв. Оцінити результати рентгенівського знімку та запідозрити туберкульоз повинен уміти будь-який лікар, але підтвердити діагноз може тільки лікар-фтизіатр за результатами бактеріологічного дослідження.

Компонент 1. Проведення рентгенологічного дослідження

Проведення рентгенологічних досліджень на базі закладу потребує наявності високоякісного обладнання. Можливі шляхи забезпечення надання цієї послуги описані у відповідному розділі ([на стор 95](#)).

Послуга 10. Дослідження мокротиння

Актуальність. Дослідження мокротиння входить до обов'язкового діагностичного мінімуму під час обстеження хворого, у якого підозрюють туберкульоз легень. Це дослідження дозволяє встановити попередній діагноз, виявити заразних хворих, оцінити ефективність лікування хворих на туберкульоз. Існують три основні групи методів дослідження: мікроскопія мазку мокротиння на кислотостійкі бактерії за методом Ціля–Нільсена, бактеріологічне обстеження та дослідження на чутливість до препаратів.

Згідно з постановою [31] особи, які перебувають під медичним наглядом у наркологічному чи психоневрологічному закладі та мають кашель протягом 3 або більше тижнів, повинні пройти обов'язкове обстеження за методом мікроскопії мокротиння.

Організаційні та нормативні засади. Відповідно до наказу⁴² мікроскопія за методом Ціля–Нільсена є достатньо простим методом діагностики, що може бути впроваджений у лабораторіях усіх закладів загальнолікарняної мережі (I рівень діагностики туберкульозу). Бактеріологічне дослідження (посів) є більш чутливим методом, але потребує спеціально облаштованої лабораторії і може виконуватися тільки в спеціалізованих закладах (II рівень діагностики туберкульозу). Дослідження на чутливість також потребує

⁴² Наказ МОЗ України від 06.02.2006 № 50 «Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння».

спеціального обладнання і умов, тому виконується в спеціалізованих закладах (III рівень діагностики туберкульозу).

Збір мокротиння проводиться у спеціально облаштованому пункті⁴³. Пункти збору мокротиння та лабораторії усіх рівнів повинні відповідати стандарту з інфекційного контролю⁴⁴.

Зміст. Усім пацієнтам з підозрою на туберкульоз необхідно провести трикратне дослідження мокротиння на КСБ методом мікроскопії. Виділення збудника методом посіву матеріалу на живильні середовища призначається в тих випадках, коли в мокротинні хворого не вдається виявити мікобактерії за допомогою мікроскопії (у разі низької концентрації бактерій) та якщо потрібно відрізнити мікобактерії туберкульозу від інших КСБ. Лише виявлення в мокротинні хворого мікобактерій туберкульозу є абсолютним підтвердженням діагнозу.

Обираючи схему лікування, потрібно визначити чутливість до протитуберкульозних препаратів. Повторне бактеріологічне обстеження (посів) проводиться з метою контролю ефективності отриманого лікування. Відсутність мікобактерій у досліджуваному матеріалі свідчить, що виділення збудника припинилося.

Компонент 1. Збір мокротиння

З організаційної точки зору, першим етапом цієї послуги є збір мокротиння. Незалежно від того, де буде проводитися лабораторний етап дослідження, збір мокротиння доцільно організувати на базі закладу. Алгоритм впровадження описаний у відповідному розділі ([на стор 96](#)).

Компонент 2. Дослідження мокротиння в лабораторії

Лабораторний етап дослідження мокротиння можливо організувати за тими ж варіантами, що й інші види лабораторних досліджень ([на стор 79](#)). Мікроскопію мокротиння за методом Ціля–Нільсена цілком реально впровадити на базі лабораторії будь-якого ЗОЗ.

У разі виявлення КСБ хоча б в одному з трьох досліджуваних мазків мокротиння лікар повинен заповнити та направити повідомлення за формою № 089/о у територіальну протитуберкульозну установу⁴⁵. Цей заклад повинен провести додаткові дослідження для підтвердження чи виключення діагнозу і взяти пацієнта на диспансерний облік, що передбачає заповнення низки журналів і форм, затверджених наказом⁴⁶ та протоколом [33].

Послуга 11. Лікування туберкульозу

Актуальність. Згідно з концепцією Загальнонаціональної програми⁴⁷ процес створення дієвої системи лікування туберкульозу повинен базуватися на принципах стратегії ДОТС, тобто максимального наближення лікування до хворих та проведення лікування під безпосереднім наглядом медичного персоналу. Основним механізмом децентралізації лікування є організація ДОТ-кабінетів. У положенні про

⁴³ «Типове положення про пункт збору мокротиння лікувально-профілактичного закладу», затверджено Наказом МОЗ України від 06.02.2006 № 50 «Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння».

⁴⁴ «Стандарт інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз», затверджений Наказом МОЗ України від 18.08.2010 № 684 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз».

⁴⁵ Наказ МОЗ України та Держкомстатистики від 25.03.2002 № 112/139 «Про затвердження форми первинного обліку N 089/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву» та Інструкції щодо її заповнення».

⁴⁶ Наказ МОЗ України від 02.09.2009 № 657 «Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення».

⁴⁷ Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24.06.2006 № 354-р «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках».

ДОТ-кабінет⁴⁸ зазначено, що основним критерієм щодо визначення місця розташування ДОТ-кабінетів є територіальна зручність для хворих на туберкульоз. Це обумовлює необхідність і доцільність впровадження амбулаторного лікування туберкульозу в закладах, що регулярно обслуговують верстви населення з підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз, наприклад у центрах СНІДу або на базі кабінетів замісної терапії.

Організаційні та нормативні засади. Згідно із чинним законодавством хворі на заразні форми туберкульозу, в тому числі соціально дезадаптовані, із супутніми захворюваннями на хронічний алкоголізм, наркоманію чи токсикоманію, підлягають обов'язковій госпіталізації до протитуберкульозних закладів та зобов'язані пройти відповідне лікування⁴⁹. Отже, лікування хворих до моменту припинення бактеріовиділення можливе тільки в спеціалізованих закладах в умовах стаціонару. Лікування туберкульозу поза мережею протитуберкульозних закладів здійснюється лише на стадії відсутності бактеріовиділення у хворих третьої та четвертої лікувальної категорії (нові випадки та хронічний туберкульоз) та у фазі підтримувальної терапії у хворих першої та другої категорій (тяжкі процеси та повторне лікування) [33]. Лікування мультирезистентного туберкульозу здійснюється за допомогою розширених схем, що включають препарати II ряду, у стаціонарному режимі в інтенсивній фазі і в амбулаторних умовах після виписки аналогічно до такого у разі нових випадків [33].

Відповідно до протоколу АРТ [21] лікування туберкульозу у пацієнтів із ВІЛ проводиться на таких самих засадах.

Найбільш оптимальною формою забезпечення амбулаторної фази лікування туберкульозу в ЗОЗ, що обслуговують СІН і пацієнтів, які отримують замісну терапію, є організація ДОТ-кабінетів. ДОТ-кабінет створюється наказом керівника закладу відповідно до рішення територіального управління охорони здоров'я (УОЗ) [48].

Зміст. Тактика лікування туберкульозу залежить від поширеності специфічного процесу, хіміорезистентності, непереносимості та побічної дії антимікобактеріальних препаратів. Вибір схеми лікування повинен здійснювати кваліфікований лікар-фтизіатр відповідно до протоколів [33, 40]. Протитуберкульозна терапія є ефективною за умови правильного поєднання препаратів, призначення оптимальних доз цих препаратів та регулярного прийому ліків. Зазвичай після 2–3 тижнів відповідної терапії пацієнт стає інфекційно безпечним.

Компонент 1. Робота лікаря

Однією з найбільш вагомих складових успішного лікування туберкульозу є наявність кваліфікованих лікарів-фтизіатрів, які мають спеціальну підготовку та проходять регулярну перепідготовку з питань лікування туберкульозу, мультирезистентних форм захворювання, принципів мультидисциплінарного підходу та особливостей терапії пацієнтів, які належать до груп ризику. Важливо, щоб лікар-фтизіатр входив до складу мультидисциплінарної команди, яка координує надання інших послуг пацієнту; це дозволить своєчасно врахувати можливість взаємодії між лікарськими засобами.

Особливо важливим є навчання медичних працівників реалізації ДОТС-стратегії. Перед впровадженням ДОТС-стратегії всі медичні працівники, які її реалізовуватимуть, повинні пройти відповідне навчання.

Якість підготовки фахівців має провідне значення, оскільки її низький рівень може бути однією з причин хіміорезистентності туберкульозу, наслідком неправильної організації ведення пацієнтів, особливо в тому, що стосується вибору режиму хіміотерапії. Помилкова лікарська тактика ведення хворих, пов'язана з недостатністю підготовки лікарів-фтизіатрів, а також імовірне нерегулярне постачання хіміотерапевтичних препаратів, недотримання пацієнтом правил та порядку прийому ліків є найважливішими причинами формування резистентності збудника хвороби до медичних препаратів.

⁴⁸ «Положення про кабінет контролюваного лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі», затверджене Наказом МОЗ України від 07.12.2009 № 927 «Про затвердження Положення про кабінет контролюваного лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі».

⁴⁹ Закон України від 05.07.2001 № 2586-III «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз». Остання редакція на підставі Закону України від 11.06.2009 № 1276-VI.

Згідно з положенням [48] контроль за роботою ДОТ-кабінетів мають здійснювати районні фтизіатри. Організаційні кроки залучення та організації роботи лікаря є стандартними ([на стор 73](#)).

Компонент 2. Робота медсестри

У рамках надання послуги «Лікування туберкульозу» медсестра проводить виконання призначень лікаря, здійснює безпосередній контроль за прийомом препаратів, веде облік препаратів і звітність щодо останніх. Також медсестра може здійснювати первинне консультування з прихильності. Практичні кроки організації роботи медсестри описані у відповідному розділі ([на стор 74](#)).

Компонент 3. Забезпечення протитуберкульозними препаратами

Для лікування туберкульозу використовують спеціальні антимікобактеріальні препарати та деякі антибіотики, що мають антимікобактеріальну активність. Для забезпечення препаратами можна використати декілька варіантів ([на стор 87](#)), але найбільш раціональним є перерозподіл з протитуберкульозних закладів для продовження лікування.

Компонент 4. Контрольований прийом препарату

Запорукою успішного лікування та основою ДОТС-стратегії є видача препаратів і безпосередній контроль за їх прийомом. Такий підхід дозволяє добитися максимального рівня прихильності, особливо серед осіб з груп ризику. Відповідно до протоколу ДОТС [39] забороняється видавати препарати пацієнту на руки, після чого робити відмітки про їх прийом у формі ТБ 01.

Організація роботи кабінету для контрольованої видачі препарату описана у відповідному розділі ([на стор 91](#)).

Компонент 5. Моніторинг ефективності лікування

Згідно з протоколом [33] під час проведення хіміотерапії необхідно здійснювати моніторинг результатів лікування. Моніторинг лікування у пацієнтів з уперше діагностованим туберкульозом легень проводять шляхом дослідження мазка та культурального дослідження через 2–3 місяці (по закінченні інтенсивної фази), через 5 місяців та в кінці лікування. Якщо мазки мокротиння негативні, необхідно продовжувати лікування відповідно до визначених режимів. У разі якщо мазки мокротиння та посів мокротиння є позитивними, лікування вважається невдалим. У такому випадку карта реєстрації пацієнта повинна бути закрита, а результат лікування зафіксований як незадовільний. Для продовження лікування випадок повинен бути перереєстрований як лікування після невдачі, і пацієнт отримуватиме терапію за іншою схемою, призначеною після одержання результатів тестів на чутливість.

Упровадження досліджень мокротиння передбачає організацію забору мокротиння ([на стор 96](#)), яке доцільно здійснювати на території закладу, та лабораторний етап ([на стор 79](#)), який може провадитися як у власній лабораторії ЗОЗ, так і шляхом направлення до лабораторії іншого закладу.

Крім цього, лікування вважається успішно завершеним у разі досягнення клініко-рентгенологічної стабілізації (відсутності подальшої позитивної динаміки залишкових змін, у тому числі залишкових порожнин, при порівнянні результатів рентгенологічних досліджень, виконаних з інтервалом у 3–6 місяців) після завершення призначеного повного курсу антимікобактеріальної терапії. Рентгенологічне дослідження проводять у ті ж терміни, що й дослідження мокротиння. Виконують оглядову рентгенографію або томографію на початку та наприкінці лікування. Практичні кроки для забезпечення рентгенологічних досліджень описані у відповідному розділі ([на стор 95](#)).

Компонент 6. Виконання нормативних вимог

Згідно з наказом [45] і протоколом [39] медична карта лікування хворого на туберкульоз (форма ТБ 01) передбачена для кожного пацієнта, зареєстрованого в районному туберкульозному журналі (форма ТБ 03). У карті наводяться детальні дані про лікування, схему терапії, дози, побічні дії препаратів, дані обстежень тощо. Карта оформлюється в тубдиспансері (стаціонарі, тубкабінеті), у якому здійснюється початкова (інтенсивна) фаза лікування. Після завершення початкової фази лікування карта передається а амбулаторний заклад (ДОТ-кабінет), на базі якого буде проводитися контрольоване лікування, разом із випискою з історії хвороби або амбулаторної картки (форма ТБ 09). Районний фтизіатр зобов'язаний прослідкувати, щоб усі

дані з карти були перенесені в районний туберкульозний журнал. Після завершення лікування карта передається районному фтизіатру та зберігається в амбулаторній історії хвороби.

Компонент 7. Робота з прихильності

Окрім безпосереднього контролю за видачею препарату, що є найважливішим методом забезпечення прихильності, можливо проведення додаткових заходів з покращення прихильності. Для проведення подібної роботи, що може включати спеціальне консультування, соціальний супровід, тренінгові інтервенції, можуть залучатися неурядові та громадські організації. Заходи із супроводу можуть бути організовані за декількома варіантами ([на стор 91](#)).

Послуга 12. Хіміопрфілактика туберкульозу

Актуальність. Профілактична терапія туберкульозу спрямована на зниження кількості випадків як первинного туберкульозу, так і його повторного виникнення (рецидивів). Первинне захворювання виникає як у разі контакту з джерелом інфекції, так і внаслідок реактивації латентної туберкульозної інфекції. Рецидиви цього захворювання розвиваються в осіб, які раніше вже хворіли на туберкульоз. Одно- або двокомпонентна хіміопрфілактика зменшує ризик захворювання на активний туберкульоз.

Організаційні та нормативні засади. Основи хіміопрфілактики туберкульозу описані в Законі України [49]. Методика хіміопрфілактики описана в протоколі з лікування туберкульозу [33], деякі особливості також зазначені в протоколі АРТ [21].

Зміст. Хіміопрфілактика призначається ВІЛ-інфікованим пацієнтам за наявності в них позитивної проби Манту або анамнестичних даних про контакт із хворим на відкриту форму туберкульозу. У пацієнтів без ВІЛ хіміопрфілактика призначається тим особам, які перебувають у постійному контакті з хворими на туберкульоз, особливо якщо пацієнт належить до соціально неблагополучних верств населення або є споживачем наркотиків.

Проведення хіміопрфілактики за організаційним механізмом подібне до лікування туберкульозу.

Компонент 1. Робота лікаря

Визначення показань, виключення активного туберкульозу, призначення схеми прфілактики та моніторинг її ефективності здійснює лікар-фтизіатр або інфекціоніст під контролем фтизіатра. Згідно з положенням [48] контроль за роботою ДОТ-кабінетів повинні здійснювати районні фтизіатри. Організаційні кроки залучення лікаря та організації його роботи є стандартними ([на стор 73](#)).

Профілактичне лікування туберкульозу рекомендовано проводити ізоніазидом. З метою хіміопрфілактики зазвичай призначають ізоніазид у дозі 5 мг на 1 кг маси тіла протягом 6–9–12 місяців за умови клінічного контролю побічних ефектів. У разі резистентності до ізоніазиду його поєднують із рифампіцином або використовують двокомпонентні режими хіміопрфілактики (ізоніазид + піразинамід або ізоніазид + етамбутол).

Компонент 2. Виключення активного туберкульозу

Перед призначенням хіміопрфілактики дуже важливо виключити наявність активного туберкульозу. Обстеження на активний туберкульоз проводиться за допомогою досліджень мокротиння, що мають два етапи: етап збору мокротиння ([на стор 96](#)) та аналітичний етап ([на стор 79](#)), – а також за допомогою рентгендіагностики ([на стор 95](#)), які організують за механізмами, описаними у відповідних розділах.

Компонент 3. Постачання препаратів

Для проведення ефективної хіміопрфілактики необхідна безперервна наявність медикаментів. Для хіміопрфілактики туберкульозу використовують спеціальні антимікобактеріальні препарати та деякі антибіотики, що мають антимікобактеріальну активність. Для організації забезпечення препаратами можна використати декілька варіантів ([на стор 87](#)), але найбільш раціональним є перерозподіл з протитуберкульозних закладів.

Компонент 4. Видача препаратів під безпосереднім наглядом

Згідно із Законом України [49] хіміопрофілактика туберкульозу проводиться під контролем медичного працівника. Тому під час призначення схеми профілактики враховується можливість проведення спостереження і контролю за лікуванням пацієнта. Організація роботи кабінету для контрольованої видачі препарату описана у відповідному розділі ([на стор 91](#)).

Група послуг 3. Психічне здоров'я

Група послуг «Психічне здоров'я» має вирішальне значення для доступу СІН до інших послуг і забезпечення адекватного рівня їх прихильності до режимів обстеження та лікування.

Послуга 13. Консультація лікаря з приводу залежності

Актуальність. Консультація з приводу залежності від психоактивних речовин (ПАР) є надзвичайно актуальною послугою для СІН, які потребують медичної допомоги з будь-якого приводу. Активна залежність є значною перешкодою в отриманні важливих діагностичних і лікувальних послуг (наприклад, лікування ВІЛ і туберкульозу), тому наркологічну допомогу потрібно намагатися розпочати якомога раніше. Водночас потрібно зазначити, що це не є абсолютною умовою і неотримання консультації або лікування з приводу залежності не має бути підставою для ненадання інших видів допомоги.

Організаційні та нормативні засади. Обсяги лікарської консультації з приводу залежності та питання якості такої консультації регулюються державними соціальними стандартами та клінічними протоколами. Державні соціальні стандарти (нормативи) надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах затверджені наказом [20] і включають нормативи за спеціальністю «Наркологія». Також нарколог має керуватися затвердженими МОЗ клінічними протоколами⁵⁰ та методичними рекомендаціями, зокрема, із замісної терапії⁵¹.

Консультацію з приводу залежності можуть надавати лікарі – наркологи або психіатри. Лікар може бути штатним співробітником закладу або залученим консультантом. Трудові відносини між лікарем-консультантом та ЗОЗ, який його залучає, залежно від варіанту співпраці регулюються низкою нормативних актів, що детально описані у відповідному розділі ([на стор 69](#)).

Зміст. Зміст консультації визначається у першу чергу потребами пацієнтів. Фахівець психіатр-нарколог повинен уміти діагностувати залежність, інші стани, що виникають унаслідок вживання ПАР (інтоксикацію, передозування), призначати лікування залежності та супутніх розладів та ін.

Під час консультації лікар також повинен надати пацієнтові інформацію стосовно ризику ВІЛ і шляхів його зниження, роз'яснити можливі варіанти лікування та реабілітації.

Компонент 1. Робота лікаря

З організаційної точки зору, єдиним компонентом послуги є залучення лікаря. Практичні кроки впровадження описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Послуга 14. Консультація щодо психіатричної патології

Актуальність. Супутні психіатричні розлади (депресивні розлади, тривожні стани, розлади особистості та ін.) є найголовнішою причиною припинення участі в програмах замісної терапії, а також причиною поганої прихильності пацієнтів до інших видів лікування. Доступ пацієнтів-СІН до діагностичних і консультативних послуг з приводу психічних розладів наразі є дуже низьким. Своєчасна діагностика та корекція психіатричної патології суттєво підвищують ефективність замісної терапії і прихильність пацієнтів до інших видів лікування.

⁵⁰ Наказ МОЗ України від 21.09.2009 № 681 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «наркологія».

⁵¹ Методичні рекомендації «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів», затверджені Наказом МОЗ України від 10.11.2008 № 645 «Про затвердження методичних рекомендацій «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів».

Організаційні та нормативні засади. Діагностувати та лікувати психіатричні розлади може або нарколог, якщо він отримав підготовку з психіатрії, або, особливо в складних випадках, психіатр. Призначення схем лікування окремих психічних станів/розладів повинне здійснюватися лікарем-психіатром.

Обсяги лікарської консультації з приводу психічних розладів і питання якості такої консультації регулюються державними соціальними стандартами та клінічними протоколами. Державні соціальні стандарти (нормативи) надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах затверджені наказом [20] і містять нормативи за спеціальністю «Психіатрія». Також психіатр або нарколог має керуватися затвердженими МОЗ діагностичними і лікувальними критеріями⁵² та клінічними протоколами⁵³.

Усі послуги з діагностики та лікування психіатричних розладів повинні проводитись у рамках Закону України⁵⁴. Однією із засад психіатричної допомоги є конфіденційність консультування. Психіатричний огляд може бути здійснений за згодою пацієнта або без такої у випадках, якщо йдеться про загрозу для власної безпеки, безпеки оточуючих або якщо пацієнт перебуває в безпорадному стані, а також за згодою законних представників пацієнта.

Зміст. Зміст консультації визначається в першу чергу потребами пацієнтів. Лікар-психіатр повинен уміти діагностувати психічні розлади, у тому числі на фоні залежності від вживання ПАР, та призначати лікування цих розладів.

Компонент 1. Робота лікаря

З організаційної точки зору, єдиним компонентом послуги є залучення необхідного фахівця. Практичні кроки впровадження описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Послуга 15. Діагностика залежності

Актуальність. Для отримання замісної підтримувальної терапії пацієнт повинен мати офіційно встановлений діагноз розладу психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів із синдромом залежності.

Організаційні та нормативні засади. Згідно зі ст. 12 Закону України⁵⁵ особам, які вживають наркотичні речовини незаконно (не за призначенням лікаря), діагноз наркоманії встановлюється лікарсько-консультаційною комісією. Відповідно до п. 1.2 інструкції особи, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини, направляються органами внутрішніх справ на медичний огляд до лікувально-профілактичного закладу, в якому здійснюється диспансерна наркологічна допомога; при цьому в п. 2.5 інструкції⁵⁶ зазначається, що діагноз «наркоманія» встановлюється тільки після стаціонарного обстеження. Таким чином, якщо органи внутрішніх справ направили до лікаря-нарколога особу, стосовно якої встановлено факт незаконного вживання наркотичних речовин, така особа повинна пройти стаціонарне обстеження з комісійним визначенням діагнозу.

Встановлення факту незаконного вживання ПАР не належить до компетенції медичних працівників, тому в усіх інших випадках (наприклад, у разі самостійного звернення особи) відповідно до наказу⁵⁷ діагноз

⁵² Наказ МОЗ України від 27.10.2000 № 271 «Про затвердження Критеріїв діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки».

⁵³ Наказ МОЗ України від 05.02.2007 № 59 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія».

⁵⁴ Закон України від 22.02.2000 № 1489-III «Про психіатричну допомогу».

⁵⁵ Закон України від 15.02.1995 № 62/95-ВР «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними».

⁵⁶ «Інструкція про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини», затверджена Наказом МОЗ, МВС, Генпрокуратури, Мінюсту України від 10.10.1997 № 306/680/21/66/5.

⁵⁷ Наказ МОЗ СРСР від 12.09.1988 № 704 «О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями».

наркологічного захворювання може бути встановлений як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах лікарем-психіатром або наркологом одноосібно.

Зміст. Під час діагностики лікарі повинні користуватися діагностичними критеріями психічних і поведінкових розладів, що містяться в чинних клінічних протоколах [50]. У протоколі, що базується на Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) 10-го перегляду, виділено шість критеріїв, наявність трьох з яких є ознакою залежності. Зручний опитувальник з критеріїв залежності міститься в додатку 1 до методичних рекомендацій [51]. За необхідності у сумнівних випадках можуть застосовуватися лабораторні дослідження на вміст наркотичних речовин у сечі або в крові.

Компонент 1. Робота лікаря

З організаційної точки зору, єдиним компонентом послуги є залучення лікаря. Практичні кроки впровадження описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Компонент 2. Робота лікарсько-консультативної комісії (за потреби)

Якщо співробітниками правоохоронних органів до закладу було направлено особу з встановленим фактом незаконного вживання наркотичних речовин, для діагностики залежності потрібно зібрати лікарсько-консультативну комісію (ЛКК). Також ЛКК може залучатися в складних або сумнівних випадках. Варіанти залучення ЛКК описані у відповідному розділі ([на стор 72](#)).

Компонент 3. Обстеження на вміст наркотичних речовин (за потреби)

У сумнівних або спірних діагностичних випадках можливо застосування лабораторних досліджень на вміст наркотичних речовин. Серед хіміко-токсикологічних досліджень найчастіше використовують хроматографічні та імунологічні методи, до останніх також відносяться швидкі тести, або експрес-тести. Для досліджень можуть використовуватися кров, слюна, змиви з внутрішньої поверхні щік, а для швидких тестів – сеча.

Потрібно пам'ятати, що ці дослідження мають лише допоміжний характер і факт наявності наркотичних речовин або їх метаболітів у біологічних рідинах організму не є критерієм залежності.

З організаційної точки зору, впровадження всіх лабораторних досліджень має переданалітичний ([на стор 77](#)) та аналітичний ([на стор 79](#)) етапи, алгоритм впровадження яких описаний у відповідних розділах.

Послуга 16. Замісна підтримувальна терапія

Актуальність. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ) є одним із найефективніших методів лікування залежності та забезпечення високої прихильності до інших видів лікування. Відомо, що пацієнти, які активно вживають ПАР, рідко можуть досягти адекватного рівня прихильності у лікуванні таких суспільно небезпечних хвороб, як ВІЛ, туберкульоз, гепатити, ІПСШ, без активної роботи медичного персоналу в цьому напрямі. Після стабілізації фізичного та психологічного стану пацієнта, залежного від опіоїдів, за допомогою замісних препаратів вдається забезпечити достатній рівень прихильності в значно більшій кількості випадків.

Організаційні та нормативні засади. Упровадження ЗПТ в Україні здійснюється згідно із чинним законодавством [5, 7] та низкою наказів^{58, 59} [35, 50, 51], але організаційні засади на час створення цього посібника вичерпно не описані в жодному документі. Обмежень щодо типу закладів, у яких можуть застосовувати ЗПТ для лікування осіб із залежністю, не існує.

⁵⁸ Наказ МОЗ України від 13.04.2005 № 161 «Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків», із змінами згідно Наказів МОЗ від 19.09.2005 № 481 та від 03.03.2006 № 102.

⁵⁹ Наказ МОЗ України від 20.12.2006 № 846 «Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків».

Обіг препаратів ЗПТ, що є наркотичними лікарськими засобами, регулюється порядком провадження⁶⁰ та порядком обігу⁶¹. Заклад, у якому надається ЗПТ, повинен мати ліцензію на право провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, та своєчасно її поновлювати.

Призначати ЗПТ для лікування опіоїдної залежності у випадку підтвердженого діагнозу може лікар, який пройшов відповідну підготовку та під час отримання ліцензії був внесений до списку осіб, які мають право працювати з наркотичними засобами. Наразі не існує обмежень щодо спеціалізації лікаря, який може призначати ЗПТ.

Зміст. Упровадження цієї послуги пов'язане в першу чергу з виконанням нормативних вимог щодо обігу наркотичних засобів. Після виконання цих умов призначення та відпуск препаратів ЗПТ і ведення пацієнтів відбуваються згідно з чинними методичними рекомендаціями [51] з обов'язковим дотриманням правил, зазначених у Порядку [61]. Зазвичай призначення препарату відбувається амбулаторно, але можливе призначення і в умовах стаціонару (денного стаціонару). Особливу увагу слід приділити організації психосоціального супроводу пацієнтів, що є запорукою найшвидшого досягнення терапевтичних цілей.

Компонент 1. Підготовка приміщень

Умовою для отримання ліцензії на обіг наркотичних засобів є наявність приміщень, що відповідають вимогам⁶². Ці вимоги стосуються приміщень, що використовуються як для зберігання, так і для використання/відпуску наркотичних і психотропних засобів. Варіанти підготовки приміщень описані у відповідному розділі ([на стор 99](#)), але в будь-якому разі обладнання приміщень потребує матеріальних затрат. Зазвичай заклад облаштовує приміщення за власні кошти, але у випадку впровадження ЗПТ кошти на обладнання приміщень виділялися міжнародними донорами, а саме в рамках гранту Глобального фонду 6-го раунду.

Компонент 2. Отримання ліцензії

Для впровадження ЗПТ на базі закладу абсолютною умовою є наявність приміщень, підготовлених згідно з відповідними вимогами. Для законного провадження діяльності з обігу наркотиків у цих приміщеннях заклад має отримати ліцензію або ж він може надати ці приміщення в оренду партнерському закладу, який вже має таку ліцензію. Більш докладно всі варіанти описані у відповідному розділі ([на стор 100](#)).

Компонент 3. Забезпечення препаратами для ЗПТ

Існує декілька механізмів забезпечення препаратами ЗПТ, вони докладно описані у відповідному розділі ([на стор 89](#)).

Компонент 4. Робота лікаря та призначення препарату

Наразі не існує жодних законодавчих обмежень щодо спеціалізації лікаря, який може призначати наркотичні препарати. Лікар, який має диплом про вищу освіту за фахом «Лікарська справа», незалежно від своєї подальшої спеціалізації має право призначати препарати ЗПТ після проходження спеціальної підготовки. Крім призначення та корекції дози замінних препаратів, лікар може проводити консультування з прихильності до лікування, діагностику і лікування інших захворювань у межах своєї компетенції,

⁶⁰ «Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 03.06.2009 № 589 «Про затвердження Порядку провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом», із змінами, згідно з Постановою КМ України від 12.10.2010 № 929.

⁶¹ «Порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України», затверджений Наказом МОЗ України від 21.01.2010 № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України».

⁶² «Вимоги до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин», затверджені Наказом МВС України від 15.05.2009 № 216 «Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин».

координувати надання інших медичних та психосоціальних послуг. Варіанти підготовки та забезпечення роботи лікаря описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Відповідно до п. 3.8 наказу [61] лікар має право одноосібно призначати наркотичний препарат на термін до 3 діб. Продовження застосування препарату понад 3 доби має затвердити комісія з доцільності призначення наркотичних засобів. Комісія створюється за наказом керівника закладу з ознайомленням членів комісії під підпис. До складу комісії входять голова комісії, 3 члени комісії; висновок комісії про призначення препарату складається за затвердженою формою та затверджується керівником закладу.

Компонент 5. Робота медсестри

Препарати для ЗПТ видаються медсестрою згідно з призначенням лікаря. Відповідно до п. 3.9 наказу [61] пероральні наркотичні препарати повинні прийматися пацієнтом у присутності медичних працівників (крім випадків рецептурної видачі та стаціонару на дому). Присутність лікаря при цьому не потрібна. Крім цього, медсестра може проводити первинне консультування з прихильності, оцінювати стан пацієнта та направляти його до лікаря в разі наявності ознак захворювання або підозри на стан наркотичного чи алкогольного сп'яніння. Медсестра відповідає за облік наркотичних препаратів, ведення відповідних журналів і підготовку звітів. Варіанти організації та забезпечення роботи медсестри описані у відповідному розділі ([на стор 74](#)).

Компонент 6. Мультидисциплінарна команда (необов'язковий)

У мінімально необхідному обсязі ЗПТ може здійснюватися лише лікарем (за наявності комісії з доцільності) та середнім медичним працівником, проте створення МДК дозволить суттєво підвищити якість надання послуги та ефективність лікування. Потрібно підкреслити, що комісія з доцільності призначення наркотичних засобів не є аналогом МДК, оскільки перша не має на меті координацію ведення пацієнтів. Загальні принципи формування МДК є єдиними для всіх послуг ([на стор 72](#)).

Компонент 7. Психосоціальний супровід

Психосоціальний супровід пацієнтів, які отримують ЗПТ, відіграє важливу роль у прискоренні соціальної адаптації, вирішенні сімейних проблем, працевлаштуванні, покращенні доступу до інших медичних і соціальних послуг. Але першочерговим завданням супроводу є формування прихильності до лікування та утримання пацієнтів у програмі. Методологічні аспекти психосоціального супроводу та зміст консультування розкриті в стандартах і численних посібниках, що поширюються недержавними організаціями, і тому в пропонованому посібнику докладно не розглядаються.

З організаційної точки зору, забезпечення психосоціального супроводу не відрізняється від такого інших видів психосоціальних послуг. Варіанти та практичні кроки впровадження цього компоненту послуги розглянуті у відповідному розділі ([на стор 91](#)).

Компонент 8. Наявність налоксону

Налоксон повинен бути доступним у кабінетах, де надається замісна терапія. Антагоніст опіатів налоксон використовується у випадку передозування опіоїдів як антидот. Налоксон має більшу афінність до опіатних рецепторів і тому витісняє агоністи, зв'язані з рецепторами. Необхідно пам'ятати, що період напіввиведення в налоксону значно менший, ніж у метадону, тому в разі передозування метадоном потрібно спостерігати за хворим не менш ніж 12 годин, а інколи – вводити налоксон повторно.

Налоксон доступний в аптечній мережі для придбання закладами охорони здоров'я або пацієнтами за рецептом. Використання препарату має проводитися згідно з інструкцією у випадках передозування наркотичними речовинами та за наявності відповідної симптоматики у пацієнта.

Компонент 9. Відстеження ефективності лікування (необов'язковий)

Заклади, у яких надається ЗПТ, повинні проводити моніторинг діяльності програми в цілому та моніторинг ефективності медичних і соціально-психологічних втручань на рівні окремих пацієнтів. Засади програмного моніторингу ЗПТ описані в методичних рекомендаціях [51] і в цьому посібнику докладно не розглядаються. Моніторинг на рівні пацієнтів може включати контроль за вживанням нелегальних наркотиків та аналіз виконання пацієнтом індивідуального плану одужання.

Контроль за вживанням інших ПАР може проводитися за допомогою швидких тестів, у рамках застосування яких можна виділити переданалітичний (на стор 77) та аналітичний (на стор 79) етапи, що організуються аналогічно до будь-яких інших типів лабораторних досліджень.

Аналіз виконання індивідуальних планів одужання [35] відбувається шляхом проведення регулярних зустрічей із кейс-менеджером (соціальним працівником, психологом), а також, у проблемних випадках, на засіданнях МДК.

Компонент 10. Виконання нормативних вимог

Проведення діяльності з надання ЗПТ передбачає ведення значної кількості документації, при цьому коректний документообіг є запорукою безперервної роботи програми. На кожного пацієнта заповнюється медична карта амбулаторного (форма № 025/о)⁶³ або, в деяких випадках, стаціонарного (форма №003/о)⁶⁴ хворого. Призначення препаратів згідно із чинним порядком [61] фіксується в медичній карті, також в аркуші призначень наркотичних засобів (форма додатку 4), а з 4-ї доби затверджується у висновку комісії з доцільності (форма додатку 5). Водночас цей порядок [61] передбачає ведення журналів обліку наркотичних засобів у відділеннях (форма додатку 6) і на постах (форма додатку 7). Заклад, що отримує препарати за централізованим розподілом, повинен подавати щомісячний звіт про використання та залишки препарату, а також про кількість і характеристики пацієнтів.

Послуга 17. Детоксикація

Актуальність. Детоксикація є комплексом медичних і психологічних заходів, що допомагають пацієнтові перенести гострий абстинентний синдром. Детоксикація сама по собі може вважатися лише початковим етапом лікування наркозалежності і без доповнення реабілітаційними або тривалими підтримувальними програмами є малоєфективною. Детоксикація зазвичай передує програмам, що спрямовані на повну відмову від вживання наркотиків. Оскільки за наявності синдрому залежності найефективнішим методом є замісна терапія, детоксикація призначається у випадках, коли ЗПТ неможлива або якщо пацієнт наполягає на своєму бажанні повністю відмовитися від вживання опіоїдів. Потрібно пам'ятати, що після детоксикації імовірність рецидиву вживання нелегальних наркотиків є значно вищою, ніж у разі отримання замісної терапії; тож, якщо є можливість тривалого лікування, потрібно мотивувати пацієнта до ЗПТ.

Зміст. Лікувальні комплекси для детоксикації, спрямованої на повну відмову від вживання наркотиків, описані в клінічних протоколах [50] та методичних рекомендаціях⁶⁵.

Детоксикацією також називають процес поступового зменшення дози та припинення ЗПТ за бажанням пацієнта. У такому випадку детоксикація показана тільки після стабілізації стану пацієнта: повної та тривалої відмови від нелегальних наркотиків, покращення фізичного і психічного здоров'я, відновлення соціального статусу тощо. Методика детоксикації у програмах ЗПТ описана в методичних рекомендаціях [51].

Організаційні засади. Детоксикація може проводитися стаціонарно або амбулаторно в наркологічних або психіатричних установах, тому єдиним організаційним компонентом послуги у цьому випадку є переадресування в профільний заклад.

Послуга 18. Реабілітація

⁶³ Наказ МОЗ України від 27.12.1999 № 302 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)».

⁶⁴ Наказ МОЗ України від 26.07.1999 № 184 «Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів».

⁶⁵ «Методичні рекомендації з прискореної детоксикації ін'єкційним бупренорфіном», ХМАПО.

Актуальність. Реабілітація (комплекс психосоціальних інтервенцій, спрямованих на повну відмову від вживання наркотиків) є терапевтичною альтернативою ЗПТ для хворих на опіїдну залежність. Для пацієнтів із залежністю від інших ПАР станом на сьогодні реабілітація є основним методом лікування.

Організаційні засади. Як правило, реабілітація проводиться стаціонарно в окремих ізольованих установах, хоча можливо її проводити також і в амбулаторних умовах. Повна інтеграція реабілітації з програмами ЗПТ не є доцільною, але може бути корисною після планової детоксикації у хворих на опіїдну залежність, а також у СН, які зловживають стимуляторами.

Зміст. Найбільш поширеними в Україні є такі види реабілітаційних програм:

- терапевтичні спільноти;
- релігійні реабілітаційні центри;
- центри, що працюють за міннесотською моделлю реабілітації;
- амбулаторні центри, що застосовують когнітивно-поведінкову терапію або метод підвищення мотивації;
- групи взаємодопомоги Анонімних наркоманів.

Протоколи реабілітації, що застосовуються в цих програмах, не є стандартизованими або затвердженими. Рішення про переведення пацієнта на реабілітацію повинне прийматися пацієнтом сумісно з лікарем – наркологом або психологом – після оцінки всіх можливих альтернатив.

Організаційним компонентом послуги у цьому випадку є лише переадресування в реабілітаційний центр.

Група послуг 4. Гепатит

Надання послуг з діагностики, лікування та профілактики (вакцинація від гепатиту В) є актуальним і невід’ємним компонентом у системі надання інтегрованих послуг для СІН, особливо для тих, які живуть з ВІЛ. Актуальність надання цих послуг зумовлена значною поширеністю вірусних гепатитів В і С у середовищі ВІЛ-позитивних СІН (за оцінками ВООЗ, від 70 до 90% у Європейському регіоні). В умовах розширення доступу до антиретровірусної терапії, що суттєво подовжує тривалість життя ЛЖВ, захворювання печінки виходять на провідні місця в структурі причин смертності ВІЛ-інфікованих. ВІЛ-інфекція обтяжує перебіг хронічного гепатиту С і прискорює його прогресування в цироз і рак печінки. Обтяжуючий вплив вірусних гепатитів на перебіг ВІЛ-інфекції опосередкований підвищенням ризику розвитку реакцій гепатотоксичності та обмеженим вибором лікарських засобів для терапії ВІЛ-інфекції, ОІ, супутніх захворювань та ускладнень за наявності хронічного прогресуючого захворювання печінки.

Послуга 19. Консультація інфекціоніста

Актуальність. Консультація інфекціоніста з приводу гепатитів є актуальною послугою для більшості СІН у зв’язку з високими рівнями розповсюдженості цієї патології та її негативним впливом на перебіг інших захворювань.

Нормативні засади. Трудові відносини між лікарем-консультантом та ЗОЗ, який його залучає, залежно від варіанту співпраці регулюються низкою нормативних актів, що детально описані далі ([на стор 69](#)). Обсяги лікарської допомоги та питання її якості регулюються державними соціальними стандартами та клінічними протоколами. Державні соціальні стандарти (нормативи) надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах затверджені наказом МОЗ [20] і містять нормативи за спеціальностями «Інфекційні хвороби» та «Гастроентерологія». У галузі інфекційних хвороб актуальними для споживачів наркотиків і пацієнтів замісної терапії є такі клінічні протоколи: з хронічних гепатитів⁶⁶, коінфекції ВІЛ і гепатиту С [25]. Перелік стандартних комплексів діагностичних обстежень та обсяг лікувально-профілактичних заходів для хворих гастроентерологічного профілю затверджені окремим наказом⁶⁷. Діагностика та лікування гепатитів також описані в галузевих стандартах⁶⁸.

Зміст. Зміст консультації визначається в першу чергу потребами пацієнтів. Інфекціоніст здійснює діагностику (збирає анамнез, проводить огляд і фізикальне обстеження, призначає лабораторні та інструментальні дослідження) й лікування інфекційних захворювань. Також лікар може проводити інформування з питань вірусних гепатитів, мотивувати до проходження скринінгу та вакцинації. Інфекціоніст повинен дотримуватися чинних стандартів і протоколів, що передбачають всебічний підхід до діагностики та лікування.

Компонент 1. Робота лікаря

З організаційної точки зору, єдиним компонентом послуги є робота лікаря ([на стор 73](#)). Практичні кроки впровадження послуги описані у відповідному розділі.

⁶⁶ «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічні гепатити», затверджений Наказом МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».

⁶⁷ «Комплекси діагностичних обстежень та обсяг лікувально-профілактичних заходів диспансерного спостереження за хворими гастроентерологічного профілю», затверджені Наказом МОЗ України від 28.12.2009 № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю».

⁶⁸ Наказ МОЗ України від 27.07.1998 № 226 «Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей».

Послуга 20. Скринінг і діагностика вірусного гепатиту

Актуальність. Для своєчасного виявлення вірусного гепатиту (ВГ) серед СІН потрібно проводити скринінг. Це дозволить коригувати лікарську тактику та визначати напрям профілактичної роботи.

Організаційні та нормативні засади. Скринінг на виявлення ВГ може проводитись у різноманітних умовах з метою наближення послуги до споживачів. Він може здійснюватися не тільки в ЗОЗ, але й в мобільних амбулаторіях, а також НУО, що надають послуги цільовій групі.

Наразі не існує обмежень щодо типів ЗОЗ, у яких може проводитися обстеження з метою діагностики ВГ.

Обстеження на ВГ є добровільним, тому для розуміння пацієнтами важливості цих досліджень потрібно проводити інформаційну роботу.

Зміст. Під скринінгом на ВГ зазвичай розуміють дослідження на наявність антитіл до ВГС (анти-ВГС), антитіл до ВГВ (HBsAg) або маркерів ВГВ (анти-HBcor). Протокол з діагностики та лікування гепатиту С [25] передбачає, що періодичність обстежень для СІН повинна становити 1 на 2 роки, але, беручи до уваги можливість продовження ризикованої поведінки, обстеження можна проводити щороку або, за необхідності, частіше (у разі наявності клінічних симптомів).

Для уточнення діагнозу ВГ потрібно провести низку лабораторних (вірусологічних, імунологічних, біохімічних), а іноді й інструментальних досліджень. Вони необхідні для визначення типу вірусу, стадії захворювання, тактики лікування та прогнозу. Клінічні протоколи [25, 68] докладно описують алгоритм діагностичної процедури ВГ. Діагностика хронічних форм ВГ описана в стандартизованих комплексах діагностичних обстежень [67] та протоколі [66].

Компонент 1. Скринінг

Скринінг на наявність анти-ВГС, HBsAg або анти-HBcor може здійснюватися за допомогою імунологічного обстеження в лабораторії або швидких тестів. Організація цих видів обстежень не відрізняється від організації інших видів досліджень, що мають переданалітичний ([на стор 77](#)) та аналітичний ([на стор 79](#)) етапи.

Компонент 2. Уточнення діагнозу

Для уточнення діагнозу застосовують клінічні (фізикальне обстеження на наявність гепато- та спленомегалії; позапечінкових проявів, ознак цирозу печінки, симптомів печінкової недостатності), вірусологічні (визначення РНК ВГС або ДНК ВГВ за допомогою ПЛР якісним та кількісним методом, визначення генотипу вірусу), біохімічні (аланінамінотрансфераза (АлАТ), гама-глутамілтрансфераза (ГГТ), лужна фосфатаза (ЛФ), білірубін, альбумін, протромбіновий індекс (ПТІ) тощо), інструментальні (УЗД) та гістологічні (біопсія печінки) методи.

Кожне із цих обстежень можна організувати за різними варіантами залежно від наявності лабораторних потужностей, тест-систем і додаткового обладнання. Усі лабораторні дослідження мають переданалітичний ([на стор 77](#)) та аналітичний ([на стор 79](#)) етапи. Потрібно пам'ятати, що для кожного з досліджень варіант упровадження обирається незалежно від інших обстежень (тобто якісь дослідження можуть бути організовані на базі закладу, інші – шляхом співпраці з іншою лабораторією).

УЗД також має декілька варіантів упровадження ([на стор 93](#)). Забір матеріалу для біопсії печінки може бути організований у закладі шляхом виконання кроків, описаних у відповідному розділі ([на стор 97](#)), або шляхом переадресування. Лабораторний етап біопсії може бути організований згідно зі стандартними кроками ([на стор 79](#)) у лабораторіях, що укомплектовані персоналом із відповідною кваліфікацією та мають необхідне обладнання для проведення гістологічних досліджень.

Послуга 21. Лікування вірусного гепатиту

Актуальність. Ефективне лікування вірусних гепатитів є дуже важливим фактором для збільшення тривалості та покращення якості життя пацієнтів. Лікування також дозволяє усунути негативний прискорюючий вплив гепатиту на перебіг ВІЛ-інфекції.

Етіологічне лікування вірусних гепатитів є надзвичайно високовартісним, проте невелика кількість курсів надається пацієнтам за кошти регіональних програм або міжнародних донорів. У разі можливого фінансування в майбутньому державної цільової програми це лікування може стати доступним для більш широкого кола пацієнтів.

Організаційні та нормативні засади. У зв'язку з необхідністю підтвердження та уточнення діагнозу перед призначенням лікування обов'язково передумовою впровадження послуги «Лікування вірусного гепатиту» є наявність послуги «Скринінг і діагностика вірусного гепатиту».

Лікування ВГ здійснюється лікарями, які мають відповідну підготовку, у закладах третинної ланки системи медико-санітарної допомоги. Лікування проводиться в амбулаторних умовах, але слід передбачити можливість стаціонарного лікування в 1-й тиждень терапії у разі виникнення ускладнень.

Зміст. Методика лікування ВГ описана в клінічних протоколах [25, 66] і галузевих стандартах [68]. Відповідно до цих документів перед початком лікування потрібно виключити протипоказання, такі як вагітність, зловживання алкоголем, некомпенсований цироз печінки, серцева недостатність. Основою лікування є призначення протівірусних препаратів (інтерферонів, рибавіріну) за довготривалою схемою. Також призначаються додаткові препарати для корекції побічних дій та інших симптомів. За наявності в пацієнта цирозу печінки лікування проводиться згідно з відповідним протоколом⁶⁹.

Обов'язковим компонентом лікування є моніторинг його ефективності. У зв'язку з тривалим характером терапії доцільною є робота з підвищення прихильності пацієнта до лікування.

Компонент 1. Робота лікаря

Призначити лікування ВГ може лікар, який пройшов відповідну спеціалізовану підготовку. Це може бути інфекціоніст, гастроентеролог або терапевт. Практичні кроки організації роботи лікаря описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Окрім лікаря, який безпосередньо відповідає за лікування, пацієнтам для додаткових обстежень і виключення протипоказань можуть бути показані консультації інших спеціалістів – психіатра, нарколога, невролога, кардіолога тощо. Якщо в закладі таких фахівців немає (або вони не можуть обслуговувати додаткових пацієнтів), залучення необхідного консультанта може відбуватись одним із визначених шляхів ([на стор 73](#)).

Компонент 2. Робота медсестри

У рамках надання послуги «Лікування вірусного гепатиту» медсестра проводить виконання призначень лікаря, забір матеріалу для діагностичних обстежень, а також може здійснювати первинне консультування з прихильності. Практичні кроки організації роботи медсестри описані у відповідному розділі ([на стор 74](#)).

Компонент 3. Додаткові обстеження до та після призначення протівірусного лікування

Відповідно до клінічних протоколів [25, 66] перед призначенням протівірусних препаратів потрібно виключити наявність протипоказань. Для цього призначають електрокардіографію, оцінку статусу щодо психічних розладів і залежності від наркотичних речовин, біохімічні дослідження, визначення стану щитоподібної залози, тест на вагітність тощо.

Після призначення терапії основою моніторингу ефективності лікування ВГ є оцінка вірусологічної відповіді за допомогою дослідження на вірусну ДНК або РНК. Також призначаються інші види досліджень для контролю стану здоров'я та визначення побічних дій препаратів. Біопсія печінки призначається лише у випадку недосягнення стійкої вірусологічної відповіді, але не частіше 1 разу на 3 роки.

З організаційної точки зору, ці та інші лабораторні дослідження мають переданалітичний ([на стор 77](#)) та аналітичний ([на стор 79](#)) етапи, що можуть бути впроваджені за різними варіантами.

⁶⁹ «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на цирози печінки», затверджений Наказом МОЗ України від 13.06.2005 № 271 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».

Інструментальні методи дослідження, такі як ЕКГ ([на стор 92](#)), УЗД ([на стор 93](#)) та біопсія печінки ([на стор 97](#)), мають декілька варіантів упровадження, що описані у відповідному розділі.

Компонент 4. Забезпечення препаратами

Для етіологічного лікування ВГ використовують спеціальні протівірусні препарати. Ці препарати є високовартісними, проте існує декілька варіантів забезпечення пацієнтів лікуванням ([на стор 88](#)). Також потрібно пам'ятати, що з метою патогенетичного та симптоматичного лікування й нейтралізації побічних дій призначають інші групи препаратів, забезпечення якими здійснюється на загальних підставах.

Компонент 5. Забезпечення прихильності

Під час проведення лікування ВГ важливою умовою ефективності терапії є прихильність пацієнта до лікування. Первинна робота з підвищення прихильності до лікування є невід'ємною частиною роботи лікаря, який призначає терапію, та медсестри, яка її видає; така робота здійснюється паралельно під час консультивання або видачі терапії. Поглиблені заходи з прихильності можуть бути забезпечені через співпрацю з НУО за тими ж механізмами, що й інші види психосоціальної роботи ([на стор 91](#)).

Послуга 22. Вакцинація проти гепатиту В

Актуальність. Відповідно до календаря профілактичних щеплень⁷⁰ вакцинація проти гепатиту В рекомендована особам із високим ризиком інфікування статевим шляхом або парентеральної передачі вірусу, в тому числі СН.

Організаційні та нормативні засади. Основні засади проведення профілактичних щеплень, у тому числі й вакцинації проти гепатиту В, детально описані у відповідному положенні⁷¹. У документі зазначено, що імунізація проводиться в кабінетах щеплень ЗОЗ, а також в умовах стаціонару; при цьому забороняється проведення профілактичних щеплень у перев'язувальних, маніпуляційних кабінетах. Згідно з окремим положенням⁷² щеплення можуть проводитись у тимчасових кабінетах або мобільними бригадами, до складу яких входять лікар, молодший спеціаліст і реєстратор. Вимоги до організації роботи тимчасових кабінетів і мобільних бригад є значно простішими.

Порядок проведення щеплень визначається наказом керівника ЗОЗ із чітким визначенням відповідальних осіб і функціональних обов'язків медичних працівників, які беруть участь у проведенні імунізації. Обсяги профілактичних щеплень узгоджуються з територіальними санітарно-епідеміологічними станціями двічі на рік. Щеплення проводяться медичними працівниками, які пройшли спеціальне навчання, у тому числі з питань надання невідкладної допомоги в разі розвитку післявакцинальних реакцій і ускладнень.

Зміст. Перед проведенням вакцинації потрібно виключити діагноз гострого або хронічного гепатиту В. Застосування вакцини повинно відбуватися відповідно до інструкції, затвердженої державним санітарним лікарем України. Вакцина проти гепатиту В застосовується внутрішньом'язово тричі – друга ін'єкція через 1 місяць після першої, третя – через 6 місяців після першої. За відсутності або недостатнього рівня імунної відповіді можливо проведення однократної ревакцинації. Для дотримання схеми вакцинації потрібно забезпечити необхідний рівень прихильності з боку пацієнта.

Компонент 1. Робота лікаря

⁷⁰ «Календар профілактичних щеплень в Україні», затверджений Наказом МОЗ України від 03.02.2006 № 48 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».

⁷¹ «Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень», затверджене Наказом МОЗ України від 03.02.2006 № 48 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».

⁷² «Примірне положення про Кабінет щеплень», затверджене Наказом МОЗ України від 31.12.2009 № 1095 «Питання організації роботи Кабінетів щеплень».

Участь лікаря є обов'язковим компонентом послуги «Вакцинація проти гепатиту В». Тільки лікар має право проводити медичний огляд з метою визначення показань і протипоказань до вакцинації. Це може бути лікар – інфекціоніст, гастроентеролог, терапевт або інший фахівець, який пройшов відповідну підготовку.

Лікар також може здійснювати консультування з питань профілактики гепатиту та моніторинг післявакцинальних ускладнень (ці завдання можуть виконувати інші медичні та немедичні працівники). Практичні кроки організації роботи лікаря описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Компонент 2. Робота медсестри

У рамках надання послуги «Вакцинація проти гепатиту В» медсестра проводить саму процедуру вакцинації, забір матеріалу для діагностичних обстежень, а також може здійснювати первинне консультування з прихильності. Практичні кроки організації роботи медсестри описані у відповідному розділі ([на стор 74](#)).

Потрібно підкреслити, що вакцинація проводиться в умовах кабінетів, що мають бути облаштовані належним чином⁷³. Робота кабінетів також передбачає ведення документації та складання звітів відповідно до затверджених форм [72].

Компонент 3. Обстеження для виявлення показань, протипоказань і моніторингу ефективності

Перед проведенням вакцинації потрібно виключити наявність хронічного або гострого гепатиту В за допомогою скринінгових досліджень ([послуга 20](#)). Через 6 місяців після завершення вакцинації доцільно провести контроль імунологічної відповіді, тобто визначити рівень анти-НВsAg методом ІФА.

Для виявлення протипоказань у пацієнтів-ЛЖВ потрібно з'ясувати їх імунологічний статус. Докладно протипоказання до вакцинації описані в чинному переліку⁷⁴.

З організаційної точки зору, ці та інші лабораторні дослідження мають переданалітичний ([на стор 77](#)) та аналітичний ([на стор 79](#)) етапи, що можуть бути впроваджені за різними варіантами.

Компонент 4. Забезпечення вакциною проти ВГВ

Існує декілька варіантів забезпечення пацієнтів вакциною проти гепатиту В, вони описані у відповідному розділі ([на стор 90](#)).

Компонент 5. Моніторинг післявакцинальних ускладнень

Протягом 2 годин безпосередньо після ін'єкції пацієнт повинен знаходитися під контролем медичних працівників для моніторингу післявакцинальних ускладнень. Протягом 3 діб після ін'єкції проводиться патронаж медичним працівником або немедичним працівником партнерської організації, що надає психосоціальний супровід.

Компонент 6. Забезпечення прихильності

Якість імунної відповіді на вакцинацію залежить від своєчасного введення другої та третьої дози вакцини. Отже, щоб підвищити ефективність послуги, потрібно проводити роботу з підвищення прихильності. Первинне консультування з прихильності до завершення вакцинації та дотримання термінів її проведення здійснює лікар, який призначив вакцинацію. Поглиблені заходи з прихильності можуть бути забезпечені через співпрацю з НУО за тими ж механізмами, що й інші види психосоціальної роботи ([на стор 91](#)).

⁷³ «Примірний Табель оснащення Кабінету щеплень», затверджений Наказом МОЗ України від 31.12.2009 № 1095 «Питання організації роботи Кабінетів щеплень».

⁷⁴ «Перелік медичних протипоказів до проведення профілактичних щеплень», затверджений Наказом МОЗ України від 03.02.2006 № 48 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».

Група послуг 5. Репродуктивне здоров'я

Згідно з визначенням ВООЗ репродуктивне здоров'я є невід'ємною складовою поняття здоров'я. В умовах розширення послуг із ЗПТ, АРТ, реабілітаційних програм для СІН, що підвищує рівень соціальної реадaptaції цього контингенту в суспільстві, надання послуг зі збереження сексуального і репродуктивного здоров'я для СІН набуває неабиякої актуальності. Впровадження цього компоненту в комплексі інтегрованих послуг у лікувально-профілактичних закладах забезпечить наближення цих послуг до представників цільової групи та, відповідно, їх доступність для адресної популяції. Послуги зі збереження репродуктивного здоров'я включають консультування з питань реалізації репродуктивних планів, безпечної сексуальної поведінки, планування сім'ї; діагностику та лікування захворювань і порушень статевої сфери, репродуктивних органів, безпліддя; впровадження допоміжних репродуктивних технологій і т. ін.

Послуга 23. Консультація лікаря з репродуктивного здоров'я

Актуальність. Консультація з питань репродуктивного здоров'я є послугою, що постійно користується попитом з боку пацієнтів із залежністю, які починають отримувати ЗПТ або збираються проходити реабілітацію. У цих осіб покращується або відновлюється статева функція, тому стають актуальними питання сексуального здоров'я, планування сім'ї, профілактики ППСІ та ін. Така допомога насамперед необхідна жінкам, проте чоловіки також нерідко мають потребу в цьому виді консультування.

У жінок відновлення репродуктивної функції на фоні відсутності менструального циклу часто призводить до небажаної вагітності, тому консультування з питань контрацепції та планування сім'ї слід пропонувати всім жінкам, не чекаючи на їх самостійне звернення.

Нормативні засади. Згідно з наказом⁷⁵ амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога здійснюється не тільки в спеціалізованих закладах і відділеннях, а й у гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини та в оглядових кабінетах поліклінік. Таким чином, ця послуга може надаватись або на постійній основі в спеціалізованому кабінеті, або шляхом залучення консультанта. Трудові відносини між лікарем-консультантом та ЗОЗ, який його залучає, залежно від варіанту співпраці регулюються низкою нормативних актів, що детально описані далі (на стор. 69). Слід зазначити, що консультувати з питань репродуктивного здоров'я мають право лікарі – акушери-гінекологи, урологи, андрологи, терапевти, сімейні лікарі та інші фахівці у межах своєї компетенції.

Обсяги акушерсько-гінекологічної допомоги та питання її якості регулюються нормативами⁷⁶ та клінічними протоколами^{77, 78, 79, 80}. Діагностика і лікування розладів у галузі урології та сексопатології описані в низці протоколів, затверджених відповідними наказами^{81, 82, 83, 84}. Державні соціальні стандарти (нормативи)

⁷⁵ Наказ МОЗ України від 28.12.2002 № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

⁷⁶ «Нормативи надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів», затверджені Наказом МОЗ України від 28.12.2002 № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

⁷⁷ Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

⁷⁸ Наказ МОЗ України від 31.12.2004 № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

⁷⁹ Наказ МОЗ України від 29.12.2005 № 782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

⁸⁰ Наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», Наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

⁸¹ Наказ МОЗ України від 06.12.2004 № 604 «Про затвердження клінічних протоколів за спеціальністю «Урологія».

надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах затверджені наказом МОЗ [20] і містять нормативи за спеціальностями «Урологія» та «Сексопатологія».

Зміст. Зміст консультації визначається в першу чергу потребами пацієнтів і може включати діагностику, призначення лікування та консультативну допомогу. Відповідно до наказу [75] організація амбулаторної гінекологічної допомоги передбачає проведення заходів із питань профілактики виникнення гінекологічних захворювань, раннього їх виявлення та надання лікувальної і реабілітаційної допомоги. У пропонованому посібнику послуга «Консультація лікаря з репродуктивного здоров'я» розглядається як суто лікарська консультація із зовнішнім обстеженням, без проведення огляду в спеціальних умовах. Гінекологічний або урологічний огляд описано як компонент послуги «Діагностика у сфері репродуктивного здоров'я».

Компонент 1. Робота лікаря

Під час консультації лікар здійснює збір анамнезу, проводить загальний огляд і фізикальне обстеження, призначає лабораторні та інструментальні дослідження й лікування профільних захворювань, за необхідності організує перенаправлення. Також у межах своєї компетенції лікар проводить консультування щодо питань планування сім'ї, ведення вагітності, сексуального здоров'я, безпечної статевої поведінки тощо. Консультування відіграє важливу роль у реалізації подальших послуг щодо репродуктивного здоров'я (діагностики, лікування) та сприяє формуванню мотивації пацієнта та його прихильності до своєчасного проходження діагностики та відповідного лікування.

З організаційної точки зору, основним компонентом послуги є робота лікаря. Практичні кроки впровадження цього компонента описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)). Зважаючи на те, що коло питань у сфері репродуктивного здоров'я є достатньо широким, для забезпечення потреб усіх клієнтів необхідно залучати декількох фахівців різного профілю.

Послуга 24. Діагностика у сфері репродуктивного здоров'я

Актуальність. Рівень охоплення гінекологічним обстеженням жінок, які належать до уразливих щодо ВІЛ груп, наразі є недостатньою. Регулярні профілактичні огляди дозволяють діагностувати захворювання на ранній стадії та своєчасно проводити лікування хвороб репродуктивної сфери.

Організаційні та нормативні засади. Згідно з п. 1.1 наказу [75] діагностичні заходи у сфері репродуктивного здоров'я для жінок можуть проводитися на різних рівнях організації амбулаторної медичної допомоги: в амбулаторіях, ФАПх, багатопрофільних поліклініках, а також у спеціалізованих закладах. Таким чином, заклади, що мають поліклінічні підрозділи, можуть виокремити у складі останніх гінекологічний кабінет, у якому буде працювати штатний працівник або сумісник.

Відповідно до наказу⁸² сексологічна або андрологічна діагностика та лікування можуть здійснюватись у відділеннях сімейного лікарсько-психологічного консультування (створюються на базі міських або обласних психоневрологічних або психіатричних лікарень), кабінетах андрології (створюються на базі поліклінік або лікарень, що мають необхідне матеріальне забезпечення) чи шляхом залучення лікаря-консультанта.

Проводити діагностику репродуктивних розладів можуть лікарі – акушери-гінекологи, урологи, андрологи, хірурги, сексопатологи, сімейні лікарі та інші фахівці у межах своєї компетенції.

⁸² Наказ МОЗ України від 17.01.2005 № 23 «Про затвердження окремих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Урологія».

⁸³ Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 431 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Сексопатологія».

⁸⁴ Наказ МОЗ України від 15.06.2007 № 330 «Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України».

⁸⁵ Наказ МОЗ України від 27.11.1992 № 171 «Про удосконалення сексологічної та андрологічної допомоги населенню України».

Зміст. Діагностичні огляди можуть проводитися планово (профілактичні огляди) або позапланово у разі самостійного звернення пацієнта чи направлення від іншого лікаря. Профілактичні огляди жінок рекомендується проводити не рідше ніж 1 раз на рік. Обсяги обстеження та консультування у рамках планового та позапланового обстеження за наявності скарг визначаються чинними клінічними протоколами та нормативами [75–84]. Перелік необхідних обстежень залежить від показань і може складатися із загального огляду та опитування (не потребує спеціального обладнання та устаткування), спеціалізованого огляду (гінекологічний, урологічний або андрологічний огляд на спеціальному кріслі) та досліджень з використанням лабораторних й інструментальних методів.

Компонент 1. Робота лікаря

Під час діагностичного огляду лікар здійснює збір анамнезу, проводить загальний огляд та фізикальне обстеження, призначає лабораторні й інструментальні дослідження та лікування профільних захворювань, за необхідності організовує перенаправлення. Також лікар у межах своєї компетенції проводить консультування щодо питань планування сім'ї, ведення вагітності, сексуального здоров'я, безпечної статевої поведінки тощо. Консультування відіграє важливу роль у реалізації наступних послуг щодо репродуктивного здоров'я (діагностики, лікування) та сприяє формуванню мотивації пацієнта й підвищенню його прихильності до своєчасного проходження діагностики і лікування.

З організаційної точки зору, основним компонентом послуги є робота лікаря. Практичні кроки впровадження цього компоненту описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)). Зважаючи на те, що коло питань у сфері репродуктивного здоров'я є достатньо широким, для забезпечення потреб усіх клієнтів необхідно залучати декількох фахівців різного профілю.

Компонент 2. Спеціалізований огляд

Під час проведення профілактичних оглядів жінкам проводять пальпацію молочних залоз, огляд шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного та бактеріоскопічного дослідження, пробу Шиллера, бімануальне обстеження, пальцеве ректальне обстеження [75]. Цю процедуру виконує лікар у спеціально облаштованому кабінеті. Можливе також залучення мобільної амбулаторії. Шляхи організації діагностичного огляду описані в окремому розділі ([на стор 98](#)).

Компонент 3. Лабораторні дослідження

У діагностиці репродуктивних розладів у першу чергу використовуються цитологічні та бактеріоскопічні методи дослідження. Також можуть призначатися загальні, біохімічні, імунологічні дослідження крові, аналіз сечі. Для діагностики вагітності можуть застосовуватися швидкі тести.

Кожне з потрібних обстежень можливо організувати за різними варіантами залежно від наявності лабораторних потужностей, тест-систем і додаткового обладнання. Усі лабораторні дослідження мають переданалітичний ([на стор 77](#)) та аналітичний ([на стор 79](#)) етапи. Потрібно пам'ятати, що для кожного з досліджень варіант упровадження обирається незалежно від інших досліджень (тобто якісь дослідження можуть бути організовані на базі закладу, інші – шляхом співпраці з іншою лабораторією).

Компонент 4. Інструментальні дослідження

З інструментальних методів широко застосовують УЗД, шляхи організації якого описані в окремому розділі ([на стор 93](#)). Більш спеціалізовані методи (рентгенконтрастні дослідження органів малого тазу, кольпоскопія, уретроскопія та ін.) зазвичай потребують перенаправлення у спеціалізований заклад, тому детально в цьому посібнику не розглядаються.

Послуга 25. Пренатальна допомога

Актуальність. У жінок-СІН, які починають отримувати ЗПТ або проходити реабілітацію, відновлюється репродуктивна функція, і вони можуть завагітніти. Нерідко вагітність виникає ще до встановлення регулярного менструального циклу, незаплановано, тому потрібно підкреслити важливість постійного консультування з питань контрацепції та планування сім'ї. Ані вживання наркотиків в анамнезі, ані ВІЛ-статус не є показаннями до переривання вагітності, у цих жінок можуть народжуватися цілком здорові діти.

Більш того, відповідно до міжгалузевого наказу⁸⁶ не дозволяється схилити ВІЛ-інфіковану вагітну до штучного переривання вагітності. Тому заклади, в яких надаються послуги жінкам-СІН, повинні бути готові надавати допомогу своїм пацієнткам у разі настання вагітності.

Організаційні та нормативні засади. Згідно з чинним наказом [75] оптимальна кількість відвідувань лікаря вагітною за період спостереження на допологовому етапі становить у середньому 10–12 разів. За відсутності патології метою цих візитів є здійснення лабораторних або інструментальних обстежень, огляду лікарем та консультування. Ведення вагітних до пологів наразі є прерогативою акушерсько-гінекологічної служби, але, якщо жінка під час вагітності продовжує на регулярній основі відвідувати інший ЗОЗ (центр СНІДу, програму ЗПТ, сімейну амбулаторію), цей заклад зі свого боку може сприяти своєчасному проходженню жінкою необхідних обстежень (у тому числі й на своїй базі) та реагувати в разі виникнення ускладнень. При цьому необхідно чітко координувати всі заходи із жіночою консультацією, в якій вагітна перебуває на обліку та в якій зберігається її документація, і своєчасно надавати туди результати обстежень.

Наразі в нормативній базі стосовно ведення вагітності, крім завдань акушерсько-гінекологічної служби, подано опис функцій сімейного лікаря⁸⁷, натомість можлива роль інших установ не визначена. Тому, якщо в непрофільному ЗОЗ діагностують вагітність і можуть забезпечити жінці більш зручний графік та умови проходження обстежень на своїй базі, потрібно налагодити співпрацю із жіночою консультацією та визначити межі відповідальності закладів і механізм взаємодії. Заповнення індивідуальної карти вагітної і породіллі (форма № 111/о) та обмінної карти (форма № 113/о) є завданням лікаря жіночої консультації.

Зміст. Усі консультативні та діагностичні заходи, показані під час перебігу нормальної вагітності та за можливих ускладнень, описані у відповідних протоколах [75, 76]. Провідними компонентами цієї послуги є робота лікаря та проведення діагностичних досліджень.

Потрібно підкреслити, що під час вагітності дуже важливо якомога раніше провести обстеження на ВІЛ-інфекцію з метою своєчасного забезпечення відповідною профілактикою. Тестування проводиться під час постановки на облік та повторно в разі негативного першого результату в термін гестації 22–23 тижні. Тестування на ВІЛ проводиться добровільно, з до- та післятестовим консультуванням ([послуга 1](#) «Консультування і тестування на ВІЛ»).

У разі виникнення ускладнень та потреби в спеціалізованому лікуванні необхідно організувати переадресування до закладів акушерсько-гінекологічної служби.

Компонент 1. Робота лікарів

Провідну роль у наданні пренатальної допомоги відіграє лікар – акушер-гінеколог, який має право здійснювати нагляд за перебігом вагітності та вести супровідну документацію на базі жіночої консультації. Лікар здійснює фізикальне обстеження, консультування, призначення лабораторних та інструментальних обстежень, направлення до інших спеціалістів на дообстеження. Частину цих функцій можуть виконувати лікарі або консультанти непрофільних закладів, які жінка має відвідувати на постійній основі. Залучення необхідного спеціаліста може відбуватися в один із визначених шляхів ([на стор 73](#)).

Аналогічним чином у разі потреби залучають для консультації інших фахівців – нарколога, психіатра, дерматовенеролога, невропатолога тощо.

Компонент 2. Спеціалізований огляд

⁸⁶ Наказ МОЗ, МОН, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань, Міністерства праці та соціальної політики України від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих сімей та їх дітей».

⁸⁷ Додаток 17 «Особливості функцій сімейного лікаря по наданню акушерсько-гінекологічної допомоги» до «Методичних рекомендацій щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги», затверджених Наказом МОЗ України від 28.12.2002 № 503 «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні».

Після загального огляду проводять акушерське обстеження із вимірюванням основних розмірів тазу, вагінальне обстеження із визначенням діагональної кон'югати і наступним обчисленням істинної кон'югати. Під час гінекологічного огляду вагітної проводять огляд шийки матки в дзеркалах, забір мазків з піхви, цервікального каналу, уретри для бактеріоскопічного дослідження [75]. Цю процедуру виконує лікар під час огляду в спеціально облаштованому кабінеті. Шляхи організації гінекологічного огляду описані в окремому розділі ([на стор 98](#)).

У жінок із фізіологічним перебігом вагітності та за відсутності змін у ділянці шийки матки і піхви внутрішнє акушерське обстеження здійснюється двічі (під час постановки на облік та в терміні вагітності 30 тижнів).

Компонент 3. Лабораторні дослідження

Невід'ємним компонентом цієї послуги є проведення лабораторних досліджень як з приводу ВІЛ-інфекції, так і з приводу вагітності. Види та періодичність проведення обстежень передбачені профільними протоколами [21] та нормативами[76].

Для всіх лабораторних досліджень практичні кроки організації переданалітичного ([на стор 77](#)) та аналітичного ([на стор 79](#)) етапів є універсальними. Під час впровадженні різних видів досліджень можуть незалежно використовуватися різні варіанти переданалітичного та аналітичного етапів (наприклад, аналітичний етап загальноклінічних досліджень впроваджений на базі закладу, а імунологічні дослідження виконуються шляхом направлення матеріалу до лабораторії іншого ЗОЗ).

Компонент 4. Інструментальні дослідження

Окрім лабораторних досліджень, у клінічних протоколах [76] передбачено проведення обов'язкових інструментальних досліджень, до яких входять вимірювання тиску та УЗД. Інші дослідження проводяться за наявності показань. Практичні кроки організації УЗД ([на стор 93](#)) та ЕКГ ([на стор 92](#)) описані у відповідних розділах. За підозри на туберкульоз легень потрібно призначити рентген ОГП ([на стор 95](#)).

Послуга 26. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ

Актуальність. Профілактика вертикальної трансмісії (ПВТ) – це комплекс лікувально-профілактичних і соціально-психологічних заходів, що спрямовані на зменшення ймовірності передачі вірусу ВІЛ від матері до дитини під час вагітності, пологів та в післяпологовому періоді. Правильно проведена ПВТ дозволяє зменшити ймовірність вертикальної трансмісії до 2%.

Організаційні та нормативні засади. Як зазначено в міжгалузевому наказі [86], комплексне проведення ПВТ потребує залучення багатьох спеціалістів із різних закладів. Клінічні аспекти ПВТ описані в клінічному протоколі⁸⁸.

Розрізняють 4 можливі сценарії проведення ПВТ: 1) вагітні, які не потребують АРТ за імунологічними показниками; 2) вагітні, в яких показання до АРТ виявлені під час вагітності; 3) вагітні, які розпочали АРТ до вагітності; 4) вагітні, в яких ВІЛ-статус виявлений безпосередньо перед пологами або під час пологів. Допомога в останньому варіанті проводиться в родопомічних закладах згідно із затвердженими протоколами, тому в цьому посібнику не розглядається. Допомога у перших трьох варіантах передбачає призначення, заміну або продовження схеми АРТ відповідно до чинного протоколу [88].

При цьому жінка отримує АРВ-препарати в жіночій консультації, або в регіональному центрі СНІДу, або в закладі, де вона їх отримувала до вагітності. Таким чином, для організації ПВТ на базі непрофільного закладу потрібно заснувати повноцінний сайт АРТ та налагодити співпрацю із жіночою консультацією і лікарем центру СНІДу для координації діагностичних і консультаційних заходів.

⁸⁸ Наказ МОЗ України від 14.11.2007 № 716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».

Якщо в ЗОЗ можливості надання АРТ на власній базі немає, непрофільний заклад, в якому надаються інші послуги ВІЛ-інфікованим жінкам-СІН, може сприяти своєчасному проходженню обстежень, отриманню АРВ-препаратів, а також проводити консультивання та навчання.

У будь-якому разі особливу увагу потрібно приділяти роботі з покращення прихильності до прийому препаратів. У разі щоденного відвідування закладу можливо запровадити видачу препарату під безпосереднім наглядом медичного персоналу.

Зміст. Зі структурної точки зору, послуга «Профілактика вертикальної трансмісії» є синтезом трьох інших послуг – «Медичний супровід ВІЛ», «Антиретровірусна терапія» та «Пренатальна допомога» (відповідно послуги 3, 4, 25). З огляду на це в рамках цієї послуги приводяться лише їх головні структурні компоненти, а за докладним описом змісту зазначених послуг потрібно звернутися до відповідних розділів пропонованого посібника.

Компонент 1. Робота лікарів

Провідну роль у наданні ПВТ відіграє лікар-інфекціоніст, який має право здійснювати супровід ВІЛ-інфікованих пацієнтів та призначати АРТ. У рамках цієї послуги цей лікар здійснює фізикальне обстеження, консультивання, призначення лабораторних та інструментальних обстежень, АРТ і моніторинг ефективності лікування. Також він забезпечує первинне консультивання з прихильності, направлення до інших спеціалістів на дообстеження. Лікар-інфекціоніст повинен тісно співпрацювати з акушером-гінекологом центру СНІДу та лікарем жіночої консультації, який відповідає за ведення вагітності. Якщо в закладі таких лікарів немає (або вони не можуть обслуговувати додаткових пацієнтів), залучення необхідного спеціаліста може відбуватися в один із визначених шляхів ([на стор 73](#)).

Аналогічним чином за потреби залучають для консультації інших фахівців – нарколога, психіатра, дерматовенеролога, невропатолога тощо.

Компонент 2. Робота медсестри

Медична сестра є сполучною ланкою між лікарем і пацієнтом; вона забезпечує проведення оцінювання пацієнтів, організацію повторних візитів; здійснює психологічну підтримку, моніторинг прихильності, консультивання з питань репродуктивного здоров'я і ризикованої поведінки, догляд на дому, паліативний догляд, контроль ліків (видачу, зберігання і документування).

За відсутності середнього медичного працівника, який виконує зазначені функції, існують декілька варіантів його залучення ([на стор 74](#)).

Компонент 3. Мультидисциплінарна команда (необов'язковий)

У мінімально необхідному обсязі (призначення та видача препаратів АРВ) ПВТ може виконуватися лише лікарем і середнім медичним працівником. Але створення МДК дозволить суттєво підвищити якість надання послуги та ефективність лікування. Крім інфекціоніста та медсестри, у команду доцільно включити акушера-гінеколога, педіатра, нарколога, соціального працівника. Загальні принципи формування МДК є однаковими для всіх послуг ([на стор 72](#)).

Компонент 4. Забезпечення препаратами АРТ

Існує декілька варіантів забезпечення препаратами АРТ, вони описані у відповідному розділі ([на стор 85](#)).

Компонент 5. Лабораторні дослідження

Невід'ємним компонентом цієї послуги є проведення лабораторних досліджень як з приводу ВІЛ-інфекції, так і з приводу вагітності. Види та періодичність проведення обстежень передбачені профільними протоколами [21] та нормативами [76].

Для всіх лабораторних досліджень практичні кроки організації переданалітичного ([на стор 77](#)) та аналітичного ([на стор 79](#)) етапів є універсальними. Під час впровадження різних видів досліджень можуть незалежно використовуватися різні варіанти переданалітичного та аналітичного етапів (наприклад, аналітичний етап загальноклінічних досліджень впроваджений на базі закладу, а імунологічні дослідження виконуються шляхом направлення матеріалу до лабораторії іншого ЗОЗ).

Компонент 6. Інструментальні дослідження

Окрім лабораторних досліджень, клінічними протоколами [21, 76] передбачено проведення обов'язкових інструментальних досліджень. Практичні кроки організації УЗД ([на стор 93](#)) та ЕКГ ([на стор 92](#)) описані у відповідних розділах. У разі підозри на туберкульоз легень потрібно призначити рентген ОГП ([на стор 95](#)).

Компонент 7. Забезпечення ведення документації та обліку

У закладі, в якому проводиться диспансерний облік ВІЛ-інфікованих, на пацієнта заповнюється реєстраційна карта ВІЛ-інфікованої особи (форма № 502-1/о) та інші облікові й звітні документи, затверджені наказом МОЗ України та Держкомстату України [19]. Система моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу, затверджена відповідним наказом [27], передбачає ведення стандартних форм з моменту постановки на облік незалежно від факту отримання АРТ.

Дані акушерсько-гінекологічного огляду та обстеження вносяться до форми № 111/о «Індивідуальна карта вагітної і породіллі» [63] та форми № 113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні»⁸⁹.

Компонент 8. Забезпечення дітей молочними сумішами

Для профілактики зараження дитини під час грудного вигодовування регіональним центром СНІДу проводиться видача молочних сумішей для новонароджених. Суміші видаються безпосередньо на руки батькам (опікунам) за умови постановки дитини на диспансерний облік. Забезпечення адаптованими молочними сумішами відбувається за кошти місцевого бюджету відповідно до постанови⁹⁰ та наказу [86].

Компонент 9. Робота з прихильності

Окрім консультування лікарем та середнім медичним працівником під час візиту жінки, можливо проведення додаткових заходів із покращення прихильності. Для забезпечення цієї роботи, що може включати спеціальне консультування, соціальний супровід, тренінгові інтервенції, можливо залучати НУО та громадські організації. Заходи із супроводу можуть бути організовані за декількома сценаріями ([на стор 91](#)).

⁸⁹ Наказ МОЗ України від 13.02.2006 № 67 «Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення».

⁹⁰ Постанова Кабінету Міністрів України від 08.02.1994 № 66 «Про додаткові соціальні гарантії для малозабезпечених сімей з хворими дітьми та з дітьми першого та другого року життя».

Група послуг 6. Інфекції, що передаються статевим шляхом

Надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ, консультування щодо безпечної сексуальної поведінки в ЗОЗ, що надають інтегровані послуги для СІН, можна розглядати як компонент у системі послуг з питань збереження репродуктивного здоров'я, так і як окремий вид послуг. Актуальність упровадження цих послуг у системі надання інтегрованої допомоги зумовлена, з одного боку, значним зростанням частки статевого шляху інфікування ВІЛ, ростом захворюваності на ІПСШ в Україні, а з іншого – підвищенням імовірності інфікування особи ВІЛ статевим шляхом на тлі наявних у неї інших ІПСШ.

Послуга 27. Консультація дерматовенеролога

Актуальність. Консультація дерматовенеролога з приводу ІПСШ, а також захворювань шкіри є актуальною послугою для більшості СІН у зв'язку з високими рівнями розповсюдженості цієї патології та її негативним впливом на ймовірність передачі ВІЛ.

Нормативна база. Обсяги лікарської допомоги та питання її якості регулюються державними соціальними стандартами та клінічними протоколами. Державні соціальні стандарти (нормативи) надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах затверджені наказом МОЗ [20] і містять нормативи за спеціальністю «Дерматовенерологія». Лікар повинен керуватися клінічними протоколами⁹¹, стандартами та методиками⁹², а також окремими наказами МОЗ^{93, 94}.

Слід зазначити, що проводити діагностику та лікування окремих ІПСШ мають право не тільки лікарі-дерматовенерологи, але й акушери-гінекологи, урологи, терапевти та сімейні лікарі. Трудові відносини між лікарем-консультантом та ЗОЗ, який його залучає, залежно від варіанту співпраці регулюються низкою нормативних актів, що детально описані в розділі про залучення лікарів.

Зміст. Зміст консультації визначається в першу чергу потребами пацієнтів і може включати діагностику, лікування та консультативну допомогу. Пацієнтам, які належать до уразливих груп, рекомендується проводити консультування не рідше ніж 1 раз на рік.

Компонент 1. Робота лікаря

Дерматовенеролог здійснює діагностику (збирає анамнез, проводить огляд і фізикальне обстеження, призначає лабораторні та інструментальні дослідження) й лікування профільних захворювань. Також лікар може проводити консультування щодо безпечної статевої поведінки, необхідності інформування статевого партнера, мотивації до діагностики та лікування, користування презервативами. Консультації відіграє важливу роль в реалізації наступних послуг щодо ІПСШ (діагностики, лікування) та забезпечує формування мотивації та прихильності.

З організаційної точки зору, основним компонентом послуги є робота лікаря ([на стор 73](#)). Практичні кроки впровадження цього компоненту описані у відповідному розділі.

Компонент 2. Діагностичний огляд (у разі потреби)

Консультацію дерматовенеролога доцільно проводити одночасно з проведенням діагностичного огляду. Огляд лікаря дає змогу запідозрити наявність ІПСШ у пацієнта та визначитися з діагностичним алгоритмом;

⁹¹ Наказ МОЗ України від 08.05.2009 № 312 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання».

⁹² «Методики діагностики, лікування і профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом», затверджені Наказом МОЗ України від 07.06.2004 № 286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України».

⁹³ Наказ МОЗ України від 30.12.1992 № 207 «Про організацію дерматовенерологічної допомоги населенню України».

⁹⁴ Наказ МОЗ України від 07.06.2004 № 286 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України».

огляд повинен ґрунтуватися на скаргах пацієнта. Під час огляду лікар оцінює стан сечостатевої системи та може провести забір матеріалу для бактеріологічних або цитологічних досліджень. У рамках цієї послуги огляд лікаря не є обов'язковим компонентом (консультування може бути проведене без огляду).

Шляхи організації діагностичного огляду описані в окремому розділі ([на стор 98](#)).

Послуга 28. Діагностика ІПСШ

Актуальність. Послуги з діагностики ІПСШ повинні впроваджуватися передовсім з урахуванням потреб клієнтів, забезпечуючи максимально зручний і безперешкодний доступ. Для наркозалежних це можуть бути пункти видачі шприців, громадські центри або заклади, у яких проводяться програми ЗПТ. Тільки такий формат дозволить досягти адекватного рівня охоплення представників цільової групи цією послугою.

Організаційні та нормативні засади. Діагностичні алгоритми щодо ІПСШ затверджені керівними наказами МОЗ у галузі дерматовенерології [93, 94]. Також існують конкретні документи, що стосуються окремих нозологій^{95, 96, 97} або груп пацієнтів^{98, 99}.

Скринінг на виявлення ІПСШ може проводитись у різноманітних умовах з метою наближення послуги до споживачів. Йдеться не тільки про ЗОЗ, але й про мобільні амбулаторії та НУО, що надають послуги цільовій групі. Наразі не існує обмежень щодо типів ЗОЗ, у яких можливе призначення обстежень з метою діагностики ІПСШ, але остаточно підтвердити діагноз може тільки лікар-дерматовенеролог. Згідно з наказом [93] у разі встановлення діагнозу венеричної хвороби (сифілісу, гонореї) або заразної шкірної хвороби хворий реєструється за паспортними даними в журналі лікаря; про випадок хвороби заповнюється термінове повідомлення (форма № 089у чи № 058), яке направляється в регіональний дерматовенерологічний диспансер.

Обстеження на ІПСШ (окрім обстеження на сифіліс в умовах стаціонару) є добровільними, тому для розуміння важливості цих досліджень з пацієнтами потрібно проводити роз'яснювальну роботу.

Зміст. Скринінгові дослідження відповідно до наказу [94] проводяться всім хворим, які перебувають у стаціонарі, та 1 раз на рік особам, які звертаються за амбулаторно-поліклінічною допомогою в усі типи ЗОЗ. Діагностичні дослідження проводяться за клінічними показаннями пацієнтам із наявними симптомами для визначення етіології та уточнення діагнозу. Також діагностичні дослідження проводяться особам без симптомів, які звернулися по допомогу як контактні особи або з інших, не пов'язаних з ІПСШ причин.

Компонент 1. Робота лікаря

З метою діагностики ІПСШ лікар проводить збір анамнезу, скарг пацієнта, оцінює стан пацієнта відповідно до діагностичних критеріїв та призначає лабораторні обстеження. Призначати обстеження на ІПСШ може лікар будь-якої спеціальності.

З організаційної точки зору, основним компонентом послуги є робота лікаря ([на стор 73](#)). Практичні кроки впровадження цього компоненту описані у відповідному розділі.

Компонент 2. Діагностичний огляд (у разі потреби)

⁹⁵ Наказ МОЗ України від 29.12.1992 № 204 «Про організацію лабораторної діагностики сифілісу в Україні».

⁹⁶ Мавров Г.І. та ін. Протоколи лабораторної діагностики інфекцій, спричинених *Neisseria Gonorrhoeae*. Дерматологія та Венерологія 2007; 1 (35).

⁹⁷ Наказ МОЗ України від 12.06.1996 № 163 «Про затвердження Інструкції по діагностиці і лікуванню гонореї та сифілісу».

⁹⁸ Мавров Г.І., Нагорний О.Е. Діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом, в групах населення, уразливих стосовно ВІЛ-інфекції. Інститут дерматології та венерології НАМН України, Інститут урології НАМН України.

⁹⁹ «Моделі організації надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп населення» (методичний посібник), погоджений МОЗ України, Комітетом з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом, 2009.

Для деяких бактеріологічних досліджень на ІПСШ потрібно провести забір матеріалу зі статевих органів. Цю процедуру виконує лікар під час огляду в спеціально облаштованому кабінеті або мобільній амбулаторії. Шляхи організації діагностичного огляду описані в окремому розділі ([на стор 98](#)).

Компонент 3. Лабораторні дослідження

Для діагностики ІПСШ застосовуються мікроскопічні, культуральні, імунологічні, цитологічні, біохімічні та інші типи лабораторних досліджень. Водночас для більшості поширених ІПСШ існують швидкі тести, або експрес-тести, засновані на принципах імунофільтрації й імунохроматографії. Для досліджень за допомогою експрес-тестів використовують кров або сироватку (у разі сифілісу), мазок або сечу (у випадку гонореї, хламідіозу).

Кожне з потрібних обстежень можливо організувати за різними варіантами залежно від наявності лабораторних потужностей, тест-систем і додаткового обладнання. Усі лабораторні дослідження мають переданалітичний ([на стор 77](#)) та аналітичний ([на стор 79](#)) етапи. Слід пам'ятати, що для кожного з досліджень варіант впровадження обирається незалежно від іншого дослідження (тобто якісь дослідження можуть бути організовані на базі закладу, інші – шляхом співпраці з іншою лабораторією).

Послуга 29. Лікування ІПСШ

Актуальність. Ефективне та своєчасне лікування ІПСШ є дуже важливим фактором покращення якості життя пацієнтів та зменшення імовірності статевої передачі ВІЛ. В Україні для представників груп ризику виділяються препарати, що постачаються за кошти міжнародних донорів, але потрібні значні зусилля для налагодження співпраці між різними закладами, щоб зробити ці препарати доступними для пацієнтів. Наближення цієї послуги до цільової групи суттєво підвищить охоплення своєчасним лікуванням і приведе до покращення епідеміологічної ситуації у сфері як ІПСШ, так і ВІЛ.

Організаційні та нормативні засади. Лікування ІПСШ здійснюється лікарями, які мають відповідну підготовку, – дерматовенерологами, гінекологами, урологами, терапевтами, сімейними лікарями, але у випадку діагностування сифілісу або гонореї обов'язковою є консультація дерматовенеролога.

Схеми лікування ІПСШ докладно описані в клінічних протоколах [91], наказі [94], інструкції [97] та методичних рекомендаціях¹⁰⁰. Розрізняють наступні види лікування ІПСШ [99]: превентивне (особам зі статевим або побутовим контактом із хворим на ІПСШ), синдромне (на підставі даних клінічного обстеження та оцінки ризику), напівсиндромне (на підставі даних експрес-діагностики) та етіологічне (на підставі підтверджуючих лабораторних досліджень). Згідно з останніми рекомендаціями [100] з урахуванням можливих мікст-інфекцій і неможливості отримати результати усіх лабораторних досліджень протягом одного дня / в рамках одного візиту оптимальним для уразливих груп є застосування синдромного та превентивного підходів.

Лікування більшості випадків не потребує довготривалого застосування препаратів (низка схем передбачає однократний прийом препарату), проводиться в амбулаторних умовах або в умовах денного стаціонару. У деяких випадках хворого потрібно перенаправити для стаціонарного лікування в шкірвендиспансері [93].

Зміст. Перед призначенням лікування лікар повинен визначити показання та протипоказання до лікування. Зважаючи на те що ймовірність повторного візиту пацієнта, який належить до уразливої групи, є низькою, потрібно намагатися проводити діагностику та призначати лікування протягом одного візиту. За однократного візиту не слід втрачати можливість проведення максимальної інформаційної роботи, консультування, забезпечення презервативами.

Компонент 1. Робота лікаря

¹⁰⁰ «Особливості лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в групах населення, уразливих стосовно зараження вірусом імунодефіциту людини (методичні рекомендації)», погоджені МОЗ України і Інститутом дерматології та венерології АМН України, 2009.

Призначити лікування ППСШ може лікар, який пройшов відповідну спеціалізовану підготовку, але в більшості випадків доцільним є забезпечення консультації кваліфікованого дерматовенеролога. Практичні кроки залучення лікаря описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Лікар проводить збір анамнезу, скарг пацієнта, оцінює його стан відповідно до діагностичних критеріїв, встановлює клінічний діагноз, веде необхідну документацію, проводить призначення лікування та, за необхідності, його корекцію.

Компонент 2. Робота медсестри

У рамках надання послуги «Лікування ППСШ» медсестра проводить виконання призначень лікаря, первинне консультування з прихильності до лікування. Практичні кроки організації роботи медсестри описані у відповідному розділі ([на стор 74](#)).

Компонент 3. Забезпечення препаратами

Для лікування ППСШ застосовують різні групи антибіотиків. Існують декілька варіантів забезпечення пацієнтів лікуванням ([на стор 89](#)).

Група послуг 7. Загальне здоров'я

Послуга 30. Консультація іншого спеціаліста

Актуальність. Після початку ЗПТ або реабілітації однією з перших проблем, що актуалізуються в пацієнтів, є їх стан здоров'я. Пацієнти перестають відчувати аналгетичну дію наркотику, у них починають проявлятися симптоми супутніх захворювань, яким раніше вони не приділяли уваги. Проблеми можуть мати різний характер, але найчастіше зустрічаються легеневі захворювання (bronхіти, пневмонія), судинна патологія (тромбофлебіти, трофічні виразки), неврологічні розлади, захворювання ротової порожнини. Крім цього, якщо пацієнти починають отримувати лікування проти туберкульозу, ВІЛ, вони стикаються з побічними діями препаратів на інші органи та системи.

У зв'язку з вищезазначеним у край актуальною послугою для СІН і пацієнтів ЗПТ є консультація спеціаліста – терапевта, невропатолога, хірурга, судинного хірурга та ін.

Організаційні та нормативні засади. Обсяги лікарської допомоги та питання її якості в усіх галузях регулюються державними соціальними стандартами та клінічними протоколами. Державні соціальні стандарти (нормативи) надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах затверджені Наказом МОЗ [20] і містять нормативи за спеціальностями «Неврологія», «Пульмонологія», «Кардіологія», «Терапія», «Хірургія» та ін. Кожен лікар у своїй галузі має керуватися затвердженими МОЗ методичними рекомендаціями та клінічними протоколами.

Трудові відносини між лікарем-консультантом та ЗОЗ, який його залучає, залежно від варіанту співпраці регулюються низкою нормативних актів, що детально описані в розділі про залучення лікарів.

Зміст. Зміст консультації визначається у першу чергу потребами пацієнтів і може включати діагностику, лікування та консультативну допомогу. Діагностичні методи в рамках цієї послуги можуть включати опитування, збір анамнезу, огляд та фізикальне обстеження. Лікар також може призначити додаткові обстеження, але можливість їх забезпечення на базі ЗОЗ розглядається в рамках послуги 31 («Діагностика супутніх захворювань»). Спеціальні лікувальні заходи також розглядаються окремо (у рамках послуги 32 «Амбулаторне лікування супутніх захворювань»).

Компонент 1. Робота лікаря

З організаційної точки зору, єдиним компонентом послуги є забезпечення роботи лікаря. Практичні кроки впровадження описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Послуга 31. Діагностика супутніх захворювань

Актуальність. Супутні захворювання серед СІН і пацієнтів ЗПТ є актуальною проблемою, що може перешкоджати подальшій участі в лікувальних програмах. Тому для діагностики цих захворювань зазначеним пацієнтам потрібно забезпечити полегшений доступ до загальноклінічних і деяких спеціалізованих методів діагностики.

Організаційні та нормативні засади. Призначити та інтерпретувати результати загальноклінічних лабораторних досліджень мають право лікарі будь-якого профілю. Деякі спеціалізовані дослідження потребують участі профільних спеціалістів, але всі лікарі повинні володіти навичками оцінки таких базових досліджень, як рентген органів грудної порожнини та ЕКГ.

Найбільш оптимальним шляхом забезпечення досліджень, у проведенні яких найчастіше виникає потреба, є їх здійснення на власній базі. Більшість ЗОЗ вторинного та вищих рівнів мають лабораторні потужності для забезпечення проведення необхідної кількості досліджень.

Зміст. Діагностичні методи, окрім загальноклінічних (опитування, анамнез, огляд і фізикальне обстеження), що проводяться в рамках послуги 31 («Консультація іншого спеціаліста»), можуть

включати загальні, біохімічні, імунологічні, бактеріологічні, цитологічні та інші типи лабораторних досліджень. До найбільш поширених інструментальних методів належать методи рентгенологічної та променевої діагностики (рентген ОГП, рентген кісток, комп'ютерна томографія, рентгенконтрастні методи та ін.), УЗД, ЕКГ.

Компонент 1. Лабораторні дослідження

Кожне з потрібних обстежень можливо організувати за різними варіантами залежно від наявності лабораторних потужностей, тест-систем і додаткового обладнання. Усі лабораторні дослідження мають переданалітичний ([на стор 77](#)) та аналітичний ([на стор 79](#)) етапи. Потрібно пам'ятати, що для кожного з досліджень варіант впровадження обирається незалежно від іншого дослідження (тобто деякі дослідження можуть бути організовані на базі закладу, решта – шляхом співпраці з іншою лабораторією).

Компонент 2. Інструментальні дослідження

Методи, що є найбільш поширеними, мають більшу ймовірність впровадження на базі закладу, тому в цьому посібнику розглядаються варіанти впровадження УЗД ([на стор 93](#)), ЕКГ ([на стор 92](#)) та рентгенологічного обстеження ([на стор 95](#)). Більш спеціалізовані методи зазвичай потребують перенаправлення в спеціалізований заклад, тому детально в пропонованому посібнику не розглядаються.

Послуга 32. Амбулаторне лікування супутніх захворювань

Актуальність. Лікування супутніх захворювань в амбулаторних умовах на базі закладу, який обслуговує на регулярній основі СІН або пацієнтів ЗПТ, зменшує вірогідність переривання лікування та покращує прихильність.

Зміст. Медикаментозне лікування супутніх захворювань в амбулаторних умовах може призначатися лікарями-консультантами в рамках послуги 30 («Консультації інших спеціалістів»). Ця послуга виділяється окремо для розгляду можливості впровадження інших методів лікування, що можуть виконуватися в амбулаторних умовах у неспеціалізованих закладах; в першу чергу, це стосується малих хірургічних втручань, обробки ран і перев'язувань, деяких ендоскопічних процедур.

Організаційні та нормативні засади. Проведення вказаних лікувальних втручань можливе лише в умовах спеціально облаштованих кабінетів. Більшість багатопрофільних закладів мають у своєму складі або хірургічне відділення, або хірургічний кабінет з перев'язувальною в структурі поліклініки. Хірургічні кабінети, перев'язувальні та інші спеціалізовані кабінети повинні відповідати вимогам, зазначеним у санітарних правилах і нормах¹⁰¹.

Для проведення втручання потрібно залучити лікаря, який має необхідну кваліфікацію. Це може бути співробітник закладу або залучений консультант. Трудові відносини між лікарем-консультантом та ЗОЗ, який його залучає, залежно від варіанту співпраці регулюються низкою нормативних актів, що детально описані в розділі про залучення лікарів.

Компонент 1. Робота лікаря

З організаційної точки зору, першим компонентом для впровадження спеціалізованого лікувального втручання є робота лікаря. Лікар повинен мати необхідну підготовку і знати особливості надання допомоги особам з наркотичною залежністю та ВІЛ.

Практичні кроки впровадження описані у відповідному розділі ([на стор 73](#)).

Компонент 2. Робота медсестри (у разі потреби)

¹⁰¹ СанПиН 5179-90 «Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров», затверджені Головним державним санітарним лікарем СРСР, від 29 червня 1990.

Під час проведення більшості лікувальних процедур необхідна участь медсестри. Деякі маніпуляції (наприклад, перев'язування) медсестра може виконувати згідно з призначенням лікаря самостійно, без його присутності. Практичні кроки організації роботи медсестри описані у відповідному розділі ([на стор 74](#)).

Компонент 3. Забезпечення умов для виконання втручань

Для надання цієї послуги на базі закладу потрібно розробити механізм взаємодії між підрозділом, який веде СН або пацієнтів на ЗПТ, та підрозділом, у якому є необхідний кабінет для проведення втручань, і переконатись у безперешкодному доступу пацієнтів до послуг у разі необхідності таких.

Якщо в закладі немає кабінету, облаштованого для проведення необхідних процедур, потрібно забезпечити взаємодію з найближчим закладом, в якому є необхідні умови.

Група послуг 8. Психосоціальні послуги

Відповідно до Закону України [38] соціальні послуги є комплексом правових, економічних, психологічних, освітніх, медичних, реабілітаційних та інших заходів, спрямованих на окремі соціальні групи чи індивідів, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої допомоги, з метою поліпшення або відновлення їх життєздатності, соціальної адаптації та повернення до повноцінного життя.

Метою надання соціально-психологічних послуг для СІН і пацієнтів ЗПТ є покращення якості їх життя та ресоціалізація. Ці послуги повинні допомогти зазначеним пацієнтам:

- зменшити частоту вживання «вуличних» наркотиків або повністю відмовитися від них;
- вирішувати проблеми, пов'язані зі зловживанням наркотиками (юридичні, соціальні, сімейні тощо);
- зменшити рівень ризикованої поведінки, зокрема ризик інфікування ВІЛ, вірусами гепатитів В, С та іншими інфекціями, що передаються через кров і статевим шляхом;
- зменшити ймовірність рецидиву (повернення до зловживання «вуличними» наркотиками в майбутньому);
- знизити кримінальну активність;
- стабілізувати емоційний стан;
- полегшити звертання по медичну допомогу у зв'язку із соматичними та іншими розладами.

Упровадження адекватного психосоціального супроводу є сверідним каталізатором у досягненні цілей усіх інших послуг, перш за все, завдяки формуванню більш високого рівня прихильності до діагностики та лікування.

Послуга 33. Соціальні послуги

Актуальність. Соціальна робота включає різноманітні види діяльності, об'єднані однією рисою, – вони надаються особою, яка має необхідну підготовку, але водночас є найбільш доступним та універсальним помічником для цього пацієнта. Надання таких послуг має різні цілі, але всі ці сервіси користуються великим попитом серед клієнтів.

Організаційні засади. Ці послуги надаються соціальними працівниками, які пройшли підготовку з питань надання соціальних послуг у сфері ЗПТ, ВІЛ і ТБ/ВІЛ. Стандарти [36] описують кваліфікаційні вимоги до персоналу, але зазначають, що соціальним працівником може працювати особа без відповідної освітньої кваліфікації за умови, що вона пройшла інструктаж та/або закінчила короткотермінові курси, екзаменувалася постачальником послуг і має відповідний сертифікат.

Надання соціальних послуг повинно ґрунтуватися на принципах, визначених у Законі України [38].

Зміст послуг. Повний перелік послуг для різних цільових груп міститься у відповідних стандартах [37]. Для СІН і пацієнтів ЗТ найбільш актуальними є наступні послуги:

- проведення попереднього консультування СІН щодо можливої участі в програмі ЗПТ та в інших програмах допомоги СІН і надання їм необхідної друкованої інформації з цього приводу;
- консультування щодо профілактики ускладнень унаслідок вживання психоактивних речовин;
- супровід пацієнта у разі його перенаправлення або переведення до інших медичних закладів;
- мотивування клієнта до обстежень і лікування з наданням попередньої та наступної консультативної допомоги;
- виявлення матеріальних проблем, що виникли в клієнта, а також допомога в розкритті й мобілізації його внутрішніх ресурсів для розв'язання цих проблем.

Методика психосоціального супроводу та зміст інтервенцій детально описуються в інших посібниках і стандартах [35, 36], тому докладно в цьому документі не розглядаються.

Компонент 1. Організація психосоціальної роботи

З організаційної точки зору, для впровадження цієї послуги потрібно залучити соціального працівника або психолога та створити умови для їх роботи. Варіанти впровадження цих компонентів описані у відповідному розділі ([на стор 91](#)).

Послуга 34. Ведення випадку (кейс-менеджмент)

Актуальність. Ведення випадку, також відоме як кейс-менеджмент, у пропонованому посібнику розглядається як окрема послуга, але, власне, воно є цілісним підходом, що застосовується для покращення та полегшення доступу пацієнтів до всіх інших послуг. Якщо умовно розділити фактори, які перешкоджають отриманню послуг, на дві категорії – організаційні (з боку закладу) та персональні (з боку клієнта), можна побачити, що ефективна інтеграція послуг усуває лише бар'єри, віднесені до першої категорії, а розв'язати другу групу проблем допомагає саме кейс-менеджмент. З-поміж таких персональних факторів серед СІН часто зустрічаються недостатня обізнаність про доступні послуги, низька мотивація, наявність психічних розладів, недостатньо розвинуті навички соціальної поведінки та ін. Існує категорія СІН, які серйозно опікуються питанням власного здоров'я та можуть самостійно проходити необхідні обстеження й виконувати призначення лікаря, але більшість СІН і пацієнтів ЗТ потребують постійної допомоги та спрямування.

Таким чином, ведення випадку – це довгострокове індивідуальне втручання, що проводиться підготовленим працівником з метою своєчасного та ефективного отримання клієнтами інших медичних або соціальних послуг. Потрібно підкреслити, що ця робота базується на наявній адміністративній структурі і до обов'язків кейс-менеджера не входять налагодження зв'язків між закладами, залучення консультантів та інші функції, виконання яких покладено на керівника ЦІД.

У певному розумінні кейс-менеджер виконує функцію посередника між клієнтом і всіма постачальниками послуг; він повинен володіти повною інформацією про клієнта та в потрібний час спрямувати його на те чи інше обстеження або консультацію. Також роботу кейс-менеджера можна порівняти з провідником на гірському маршруті, до завдань якого входять підтримка, допомога, отримання інформації від самого клієнта, лікуючого лікаря та консультантів. Такий фахівець має бути порадиником і наставником, добре розуміти потреби й ресурси клієнта, навіть такі, про які одержувач допомоги не завжди може розповісти сторонньому. Отже, кейс-менеджер повинен володіти технікою емпатійного (співчутливого) слухання, налагодження довірливих стосунків (терапевтичного альянсу), добре орієнтуватися в загальних питаннях лікування наркозалежності та ВІЛ/СНІДу, знати законодавство і вміти захищати права клієнтів.

Організаційні засади. Наразі ведення випадку як окремий підхід не визначене в жодному нормативному акті. Основні принципи цього підходу окреслені в методичних рекомендаціях¹⁰², але повноцінного підручника або посібника з кейс-менеджменту поки що не існує. Найбільш раціональним варіантом є формат послуги, коли функцію кейс-менеджера виконують соціальні працівники або психологи, але на практиці це завдання нерідко виконує лікуючий лікар [1].

Зміст. У процесі ведення випадку виділяють такі етапи:

- початкове оцінювання; включає налагодження контакту з клієнтом, збір та аналіз інформації щодо потреб, проблем, переваг, обмежень клієнта;
- планування допомоги; це етап прийняття рішення, узгодження з клієнтом мети, завдань і плану заходів, вибір методів роботи, перегляд ресурсів, розподіл часу; досягнення домовленості про послуги та очікувані результати;
- виконання плану; передбачає використання клієнтом своїх знань, умінь, ресурсів і професійних знань соціального працівника; здійснення моніторингу роботи;
- кінцеве оцінювання; проведення аналізу результатів на предмет досягнення мети, здобутків, готовності клієнта завершити стосунки.

¹⁰² Соціально-психологічна підтримка клієнтів програм замісної підтримувальної терапії. Методичні рекомендації. – УІДПГЗ. – Київ, 2008.

У довгострокових програмах ведення випадку може здійснюватися безперервно протягом всього терміну лікування пацієнта.

Компонент 1. Організація психосоціальної роботи

З організаційної точки зору, для впровадження цієї послуги потрібно залучити соціального працівника або психолога (за їх відсутності – лікуючого лікаря), навчити їх принципам ведення випадку та створити умови для роботи. Варіанти впровадження описані у відповідному розділі ([на стор 91](#)).

Послуга 35. Консультації з юридичних питань

Актуальність. У багатьох представників цільової групи навіть після припинення нелегального вживання наркотиків залишаються проблеми, пов'язані з порушенням закону. Також з боку працівників правоохоронних органів, медичних, соціальних установ та інших закладів мають місце випадки порушення прав людини через її приналежність до соціально неблагополучної групи. Унаслідок тривалого вживання наркотиків у багатьох пацієнтів виникають проблеми з документами, отриманням соціальної допомоги, батьківськими правами, правом власності на житло та ін. Допомога із цих актуальних питань дозволяє клієнтам швидше реалізуватися та звільнити час для вирішення проблем зі здоров'ям.

Організаційні засади. Консультування з приводу юридичних проблемних питань і кримінальних справ є прерогативою фахового юриста, але допомогу з решти питань можуть надавати інші працівники, які мають спеціальні знання, підготовку та досвід.

Зміст. У межах своєї компетенції консультанти можуть надавати допомогу з наступних питань:

- отримання соціальних послуг у державних, муніципальних і недержавних установах;
- підготовка та подання скарг на діяння або бездіяльність закладів, служб або їх робітників, які порушують права клієнтів;
- оформлення документів для працевлаштування, отримання паспорта та інших документів, що мають юридичне значення;
- отримання матеріальної допомоги громадянами з інвалідністю у Фонді України із соціального захисту інвалідів;
- оформлення документів для встановлення опіки над недієздатними громадянами;
- отримання посвідчень, у тому числі таких, що дають право на пільги;
- отримання встановлених законодавством соціальних допомог і компенсацій (одноразова допомога при народженні дитини; по догляду за дитиною до досягнення нею 3-річного віку; на дітей одиноким матерям; державна соціальна допомога малозабезпеченим сім'ям; державна соціальна допомога особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам; державна соціальна допомога на догляд; допомога на поховання);
- отримання субсидій на відшкодування витрат на оплату житлово-комунальних послуг, придбання скрапленого газу, рідкого та твердого пального побутового палива;
- отримання групи інвалідності.

У разі необхідності соціальний працівник повинен супроводити клієнта по інстанціях та допомогти в отриманні необхідних документів.

Компонент 1. Залучення консультанта

З точки зору організації, єдиним компонентом послуги є залучення підготовленого консультанта з юридичних питань. Варіанти залучення такого консультанта описані в окремому розділі ([на стор 101](#)).

Послуга 36. Психологічні консультації

Актуальність. Якісна робота психолога допомагає стабілізувати психічний стан клієнта, збільшує його мотивацію на проходження лікування, сприяє вирішенню сімейних і соціальних проблем.

Організаційні засади. Ця послуга може надаватися психологом або соціальним працівником на базі будь-якого закладу за наявності необхідних умов. Зміст і формат консультування повинен ґрунтуватися на принципах, визначених у Законі України [38]. У своїй роботі психолог повинен використовувати стандартні

методики, що мають доведену ефективність (наприклад, когнітивно-поведінкову психотерапію, мотиваційну терапію та ін.). Зміст цих методик описаний у підручниках і методичних посібниках.

Зміст. Психологічна робота на кожному етапі повинна мати чітку мету – відмова від нелегальних наркотиків, покращення психологічного стану, прихильність до певного виду лікування або інші. Консультація може проводитись у форматі індивідуальної, сімейної або групової роботи.

Індивідуальна робота може включати оцінку психологічного стану клієнта, складання разом із соціальним працівником і пацієнтом індивідуального плану одужання та регулярний його перегляд, корекцію емоційних подразників, формування навичок опанування проблемних ситуацій в житті без повернення до вживання ПАР та ін.

Групова робота може проводитись у вигляді тренінгів, основною метою яких є формування у клієнтів навичок щодо шляхів і можливостей вирішення конкретних проблем, опанування моделей продуктивного спілкування, вирішення конфліктів, налагодження взаємодії, подолання психологічної кризи, планування майбутнього тощо. Також можна проводити тематичні групи з обговоренням конкретних проблем з метою їх вирішення, до якого можуть залучатися всі суб'єкти, яких ці проблеми стосуються.

Окремим напрямом психологічної роботи є сприяння виникненню та розвитку груп самопомогі серед клієнтів. При цьому допомога кваліфікованого психолога потрібна тільки на початкових етапах.

Компонент 1. Організація психосоціальної роботи

З організаційної точки зору, для впровадження цієї послуги потрібно залучити психолога або соціального працівника та створити їм умови для роботи. Варіанти впровадження описані у відповідному розділі ([на стор 91](#)).

Послуга 37. Інформаційно-освітні послуги

Актуальність. Надання своєчасної об'єктивної інформації щодо питань здоров'я, наявності послуг на базі ЗОЗ або в партнерських організаціях, шляхів вирішення проблем та ін. сприяє підвищенню попиту клієнтів на інші послуги і має велике профілактичне значення.

Організаційні засади. Інформаційна робота повинна проводитись постійно кожним спеціалістом закладу, який працює з цільовою групою, – волонтерами, соціальними працівниками, психологами, медсестрами та лікарями. Інформування може відбуватися пасивно (розповсюдження друкованих матеріалів, плакатів) або активно – шляхом індивідуальної чи групової консультації, причому ці консультації можуть проводитись як на запит клієнта, так і з ініціативи співробітників закладу. Правильна інформаційна стратегія потребує координації з боку керівника закладу або підрозділу. Оптимальною формою координації є робота МДК, під час засідань якої всі члени команди можуть узгодити цільове охоплення певних клієнтів або висвітлення певної теми.

Зміст. Інформаційні заходи можуть торкатися наступних тем:

- перелік доступних послуг на базі закладу та в партнерських організаціях з контактною інформацією відповідальних осіб;
- перші ознаки небезпечних захворювань (туберкульозу, ВІЛ, гепатиту, ППСШ та ін.), варіанти їх виявлення та лікування, важливість дотримання режиму лікування;
- профілактика інфекційних захворювань (туберкульозу, ВІЛ, гепатиту, ППСШ та ін.), навички безпечної сексуальної поведінки;
- наслідки вживання ПАР і зменшення шкоди;
- інші теми та інформація партнерських організацій.

Частота інформаційних заходів в активному форматі повинна відповідати потребам клієнтів, але при цьому не обтяжувати їх.

Компонент 1. Організація інформаційної роботи

З організаційної точки зору, впровадження цієї послуги є частиною відповідальності кожного працівника закладу, тому під час підбору персоналу або залучення консультантів на цьому слід наголошувати. Проведення активних інформаційних заходів потребує умов, аналогічних тим, що необхідні для надання інших психосоціальних послуг. Варіанти та кроки впровадження цієї роботи описані у відповідному розділі ([на стор 91](#)).

Послуга 38. Підтримка за типом «рівний – рівному»

Актуальність і зміст. Пацієнтів, які знаходяться у стабільному стані, тобто не виявляють ознак синдрому відміни, психотичних розладів, значних проявів асоціальної поведінки за наявності бажання слід залучати до роботи з клієнтами терапевтичної та профілактичної програми за принципом «рівний – рівному». Завданням такої роботи є надання клієнтам терапевтичних програм психологічної підтримки, позбавлення їх почуття самотності, підвищення їхньої самооцінки, а також інформування стосовно правил поводження в лікувальному закладі, можливості отримання медичних і психосоціальних послуг, менш ризикованого вживання наркотиків.

Підтримка за методом «рівний – рівному» є популярною концепцією, що передбачає вплив членів певної групи на інших членів тієї ж групи з метою добитися змін в поведінці останніх. На індивідуальному рівні використання цього методу розраховане на те, щоб спробувати змінити знання, установки, переконання чи поведінку тієї чи іншої людини.

Цей метод заснований на психологічних і соціальних теоріях і ґрунтується на переконанні, що процес спілкування з певними членами конкретної групи та вироблення за їх допомогою способів вирішення проблем можуть сприяти більш ефективним змінам поведінки інших членів цієї ж групи. При цьому люди змінюються не тому, що їм стають доступними нові наукові дані, а в результаті суб'єктивних суджень близьких їм людей, до яких вони ставляться з довірою.

Наставники з числа рівних можуть встановлювати ефективні та довірчі взаємовідносини, оскільки володіють адекватним знанням цільової аудиторії та використовують зрозумілу їй мову і термінологію, а також невербальні засоби спілкування (наприклад, жести), що дозволяють їх співрозмовникам почуватися комфортно в процесі обговорення різноманітних питань, особливо тих, що стосуються сексуальної поведінки та ВІЛ/СНІДу.

Наставники та їх цільова аудиторія рівноправні в тому, що стосується їх індивідуального і групового статусу як представників певного соціокультурного середовища. Завдяки цьому вони можуть служити адекватними взірцями до змін поведінки.

Метод «рівний – рівному» розширює участь цільової аудиторії в плануванні, практичному здійсненні та оцінюванні програми. Цей метод підвищує рівень свідомості як «вчителя», так і «учня» завдяки горизонтальному, заснованому на діалозі підходу до навчання.

Компонент 1. Залучення та навчання волонтерів

З організаційної точки зору, для забезпечення консультування за типом «рівний – рівному» потрібно відібрати та підготувати волонтерів-консультантів.

Відбір наставників для підтримки за методом «рівний – рівному» дуже важливий для успішної роботи програми. Наставники повинні бути лідерами, які формують погляди однолітків. Важливо, щоб вони були прийнятними для членів цільової групи, а також за своїми індивідуальними характеристиками підходити для навчання та подальшої роботи.

Усі волонтери, які погодилися проводити таку роботу, повинні пройти навчання або інструктаж з питань, актуальних для цільової групи. До них належать питання доступу до наявних послуг, профілактики, діагностики та лікування інфекційних захворювань, вживання нелегальних наркотиків і шляхів зменшення шкоди та ін. Для підготовки волонтерів доцільно залучати НУО, що мають досвід роботи в середовищі СНІВ і володіють цією методикою.

На певному етапі ефективних наставників можна використовувати як волонтерів, але потім бажано, щоб їх допомога оплачувалася (шляхом оформлення на 0,25–0,5 ставки як соціальних працівників або залучення до роботи через партнерські НДО).

Група послуг 9. Зменшення шкоди

Зменшення шкоди – це підхід, у рамках якого вживання наркотиків розглядається з реалістичної точки зору, концентруючи увагу на завданнях, що практично є здійсненними. Цей принцип визнає той факт, що деякі люди будуть продовжувати вживати наркотики; отже, вживання наркотиків лишається життєвим феноменом у нашому суспільстві. Пріоритетом цих програм є досягнення швидкого та реального зменшення шкоди, заподіяної наркотиками, зменшення наслідків уживання наркотиків як для СІН, так і для суспільства в цілому.

Стратегія зменшення шкоди та інтегрований підхід до надання послуг мають багато спільного. Метою обох концепцій є профілактика поширення ВІЛ та інших хвороб, полегшення доступу СІН до якісних медичних послуг, покращення стану їх здоров'я та підвищення рівня соціальної адаптації. Деякі з основних компонентів стратегії зменшення шкоди вже включені в пропонований посібник як самостійні послуги. Це консультування медичних спеціалістів (послуги 2, 7, 13, 14, 19, 23, 27, 30), інформування та консультування з медичних і соціальних питань (послуги 33, 34, 36, 37), доступ до тестування на ВІЛ, туберкульоз, ІПСШ (послуги 1, 9, 10, 28). Тому в цьому розділі, присвяченому групі послуг «Зменшення шкоди», розглядається лише одна послуга – розповсюдження засобів профілактики ВІЛ. Зважаючи на те що механізм забезпечення СІН і клієнтів програм ЗПТ чистими шприцями та презервативами є єдиним, ці заходи об'єднані в одну послугу.

Послуга 39. Розповсюдження засобів профілактики

Актуальність. Розповсюдження шприців є доведеним методом попередження передачі інфекцій, що передаються через кров, у середовищі споживачів наркотиків. Хоча серед пацієнтів ЗПТ рівень вживання наркотиків є невисоким, доступ до стерильного ін'єкційного інструментарію може відіграти важливу роль у разі епізодичного вживання ними ПАР або дозволить забезпечити цим інструментарієм членів соціальної мережі, які продовжують активно вживати наркотики.

Сприяння безпечним статевим стосункам у середовищі СІН є важливим як для попередження передачі вірусу в інші групи населення, так і для попередження поширення ВІЛ статевим шляхом серед самих СІН. Найважливішими умовами розповсюдження презервативів для СІН є безкоштовність, безперервність та анонімність доступу до цієї послуги.

Шприци та презервативи наявні для придбання в більшості аптек або магазинів, проте реальна доступність цих засобів є низькою, що зумовлено їх високою вартістю, незручністю або віддаленістю місць продажу, відсутністю анонімності та психологічними особливостями цільової групи.

Організаційні засади. Хоча надання послуг із зменшення шкоди не є забороненим на території ЗОЗ, наразі немає документів, які б регулювали розповсюдження шприців і презервативів на базі закладу за рахунок власних коштів, коштів місцевого або державного бюджету. Таким чином, єдиним механізмом впровадження цієї послуги є співпраця з НУО або центром Соціальної служби для сім'ї, дітей і молоді, що можуть проводити розповсюдження презервативів і чистих шприців на постійній основі або за встановленим графіком. Вимоги до якості послуг з обміну шприців і розповсюдження презервативів містяться у стандартах [36].

Зміст. Наразі найпоширенішою практикою є видача стерильного ін'єкційного інструментарію та спиртових серветок (в обмін на принесені використані шприци або без нього), видача презервативів, надання роздавальних матеріалів у супроводі короткої консультації та інформування про додаткові послуги. Зважаючи на те що клієнт має отримувати доступ до медичних послуг на базі закладу, що впроваджує інтегрований підхід, ця послуга не передбачає окремого супроводу та перенаправлення.

Основними принципами надання цієї послуги є доброзичливе ставлення до клієнтів, конфіденційність, анонімність, спрямування на безпосередні потреби клієнтів, своєчасність допомоги.

Компонент 1. Забезпечення та видача роздавальних матеріалів

З організаційної точки зору, ЗОЗ потрібно налагодити співпрацю з організацією, яка реалізує проект зі зменшення шкоди в регіоні (про що бажано підписати меморандум або укласти договір), забезпечити приміщення та визначити графік роботи. Відповідальність за забезпечення витратними матеріалами та утилізацію шприців у такому варіанті покладено на партнерську організацію.

Для повноцінного впровадження стратегії зменшення шкоди керівництво ЗОЗ повинне запровадити решту послуг, що є частиною цього підходу, – консультування медичних спеціалістів, тестування на ВІЛ, ПСШ, обстеження на туберкульоз, інформаційну роботу та соціальний супровід.

Запорукою успіху є ефективна робота МДК, яка координує надання послуг кожному клієнту та забезпечує взаємозв'язок між різними ланками надання допомоги.

Частина III

Варіанти та кроки щодо впровадження послуг

У цій частині міститься опис механізмів упровадження всіх структурних компонентів, перелік яких було наведено в попередніх розділах. Деякі компоненти можуть мати декілька механізмів упровадження; керівник ЗОЗ має обрати один, найбільш прийнятний у конкретній ситуації. Усі описані механізми стосуються впровадження послуг на базі ЗОЗ, які обслуговують СІН. Якщо впровадження жодного з наведених варіантів не є можливим, реалізацію цього компонента послуги слід забезпечити через структуроване переадресування. Принципи структурованого переадресування описані в окремому розділі.

Залучення лікаря

У процесі організації послуг для СІН залучення лікаря можливо здійснювати за наступними варіантами.

Варіант 1. Введення нової посади понад наявне штатне забезпечення закладу

Наразі штатні нормативи ЗОЗ визначені в наказі МОЗ [11], і керівник закладу не може збільшити штат навіть за наявності додаткових коштів. Водночас у цьому наказі кількість посад медичного персоналу встановлюється відповідно до кількості ліжок (у випадку центрів СНІДу – відповідно до кількості населення та кількості хворих). У свою чергу, кількість ліжок затверджується органом виконавчої влади, який фінансує заклад, відповідно до зони обслуговування та визначених потреб. Отже, якщо довести необхідність розширення функцій, місцева державна адміністрація може дозволити збільшити кількість лікарських посад.

Крок 1. Видання наказу територіального управління охорони здоров'я або іншого розпорядчого документу (розпорядження голови обласної державної адміністрації, рішення сесії ради – залежно від рівня делегування повноважень у регіоні органам виконавчої влади) про розширення функцій (зони обслуговування і т. д.) ЗОЗ.

Крок 2. Внесення змін у статутні документи ЗОЗ із визначенням розширення функцій (зони обслуговування, завдань) закладу.

Крок 3. Узгодження введення нової посади з вимогами регламентуючих наказів МОЗ щодо штатного забезпечення ЗОЗ [11] з урахуванням внесених в установчі документи закладу змін.

Крок 4. Подання до вищого органу управління щодо розширення кількості лікарських посад у штатному розписі закладу за одним із варіантів: 1) за рахунок перерозподілу в межах визначеної кількості посад галузі на території обслуговування (компетенція територіального управління охорони здоров'я (УОЗ) в межах делегованих повноважень); 2) за рахунок розширення штатної кількості працівників галузі на території обслуговування (компетенція сесії ради з подання вищого органу управління, наприклад управління охорони здоров'я).

Потрібно також зауважити, що п. 3 наказу [11] встановлює, що в разі організації структурних підрозділів, для яких цим наказом не передбачені штатні нормативи, штати для них можна затвердити з дозволу МОЗ України. Таким чином, для заснування нового підрозділу з окремим штатним розписом потрібна позитивна відповідь МОЗ України на лист УОЗ.

Варіант 2. Перепрофілювання посади в межах наявного штатного розпису

Згідно з п. 2 наказу [11] керівник ЗОЗ у разі виробничої необхідності може змінювати штат окремих структурних підрозділів або вводити посади, не передбачені штатними нормативами для цього закладу, за рахунок посад інших структурних підрозділів у межах фонду оплати праці. При цьому заміна посад може відбуватися лише в межах однієї категорії (лікарі, середній медперсонал, молодший медперсонал) і в межах

найменувань, передбачених чинними штатними нормативами (введення посад інших спеціалістів можливе у випадку створення нового підрозділу; варіант 1).

Перепрофілювання посади здійснюється за наказом керівника закладу.

Варіант 3. Введення (перепрофілювання) частини посади для лікаря за сумісництвом (зовнішнього сумісника)

Здійснюється аналогічно до попереднього варіанту.

Варіант 4. Організація робочого місця для медичного працівника іншого закладу в певні години за договором між ЗОЗ

У разі достатньої кількості пацієнтів, які потребують консультацій лікаря з іншого ЗОЗ, керівники двох закладів можуть узгодити відпрацювання робочого часу лікарем-спеціалістом на робочому місці в партнерському ЗОЗ (табелювання та оплата праці проводяться за основним місцем роботи). Таким чином, за цим варіантом лікар фактично виконує свої прямі функціональні обов'язки і працює з тими ж пацієнтами, але в місці, яке для останніх є більш зручним.

Така форма співпраці затверджується у вигляді договору між ЗОЗ. Заклад, що залучає спеціаліста, забезпечує відповідні умови роботи (приміщення, обладнання й устаткування згідно з табелем оснащення) у визначені години робочого дня.

Варіант 5. Використання посади, що існує (зміна функціональних обов'язків)

Якщо у закладі є лікар необхідної спеціальності, отже, існує можливість змінити його функціональні обов'язки, щоб врегулювати надання цим фахівцем додаткових послуг. Зміна або розширення функціональних обов'язків затверджуються наказом керівника ЗОЗ та обґрунтовуються недовиконанням навантаження на лікарську посаду лікарем-спеціалістом або розширенням зони обслуговування з наданням відповідної доплати в межах кошторисних призначень на оплату праці¹⁰³. При цьому потрібно отримати згоду працівника та в разі необхідності передбачити збільшення оплати праці.

Варіант 6. Додаткове навчання лікаря іншої спеціальності (якщо допускається за кваліфікаційними характеристиками первинної спеціальності)

Якщо в закладі є лікар, первинна спеціалізація якого дозволяє пройти післядипломне навчання з необхідної спеціальності, він може бути направлений керівництвом ЗОЗ на додаткову спеціалізацію з отриманням відповідного посвідчення (наприклад, для лікаря-терапевта спеціалізація з інфекційних хвороб) або на тематичне вдосконалення (наприклад, «Вірусні гепатити» для лікарів-терапевтів, гастроентерологів, сімейних лікарів і т. ін.)¹⁰⁴.

Варіант 7. Виклик лікаря-консультанта з іншого ЗОЗ

Керівник закладу або його заступник на підставі рішення лікарського консилиуму може викликати лікаря-консультанта з іншого ЗОЗ. При цьому, якщо тривалість проведення консультацій не перевищує 12 годин на місяць, або 144 години на рік, оплата праці лікаря-консультанта здійснюється закладом, що залучає, за погодинними ставками, розмір яких затверджено спільним наказом [103]. Надання консультацій в обсязі понад 12 годин на місяць вважається роботою за сумісництвом, і згідно з чинним законодавством оплата праці повинна здійснюватися як для роботи за сумісництвом (варіант 3). Детально питання оплати лікарів-консультантів висвітлені в листах МОЗ^{105, 106}.

¹⁰³ Наказ МОЗ України і Міністерства праці та соціальної політики України від 05.10.2005 № 308/519 «Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту».

¹⁰⁴ Наказ МОЗ України від 22.07.1993 № 166 «Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів)».

¹⁰⁵ Лист МОЗ України від 19.02.2009 № 10.03.68/315 «Щодо порядку оформлення трудових відносин між закладом охорони здоров'я та лікарем, який залучається для проведення консультацій».

Варіант 8. Залучення зовнішнього консультанта за договором цивільно-правового характеру

За наявності коштів можливе залучення спеціалістів для надання послуг за договором цивільно-правового характеру (ЦПХ) між установою та фізичною особою. На відміну від трудового договору договір ЦПХ не передбачає здійснення соціального захисту або дотримання інших норм, встановлених Кодексом законів про працю України.

Також цей механізм можна застосовувати опосередковано через проекти, що реалізують НУО. У цьому випадку доцільно укласти тристоронню угоду між ЗОЗ, на базі якого надаються послуги, НУО, що сплачує послуги, та постачальником послуг.

Залучення середнього медичного працівника

Механізми залучення середнього медичного працівника не відрізняються від таких, що використовуються для залучення лікаря. Доцільними є наступні варіанти.

Варіант 1. Введення нової посади понад наявне штатне забезпечення закладу

Здійснюється подібно до варіанту 1 для залучення лікаря.

Варіант 2. Перепрофілювання посади в межах наявного штатного розпису

Здійснюється подібно до варіанту 2 для залучення лікаря.

Варіант 3. Введення (перепрофілювання) частини посади для середнього медичного працівника за сумісництвом (зовнішнього сумісника)

Здійснюється подібно до варіанту 3 для залучення лікаря.

Варіант 4. Організація робочого місця для медичного працівника з іншого закладу у певні години за договором між ЗОЗ

Здійснюється подібно до варіанту 4 для залучення лікаря.

Варіант 5. Використання посади, що існує (зміна функціональних обов'язків)

Здійснюється подібно до варіанту 5 для залучення лікаря.

Варіант 6. Залучення зовнішнього консультанта за договором цивільно-правового характеру

Здійснюється подібно до варіанту 8 для залучення лікаря.

Залучення психолога та соціального працівника

Механізми залучення психолога та соціального працівника дещо відрізняються від таких, що використовуються для залучення лікаря або середнього медичного працівника. Доцільними є наступні варіанти.

Варіант 1. Введення посади в межах штатних нормативів закладу

Відповідно до нормативів, встановлених наказом [11], штатні посади лікаря-психотерапевта та/або психолога можуть вводити психіатричні (психоневрологічні), наркологічні заклади, відповідні відділення у складі районних або міських лікарень, центри профілактики та боротьби зі СНІДом і хоспісні відділення.

¹⁰⁶ Лист МОЗ України від 23.10.2008 № 10.03.68/1698 «Щодо оплати праці працівників, які залучаються для проведення консультацій».

Посади соціальних працівників мають право вводити психіатричні, наркологічні та хоспісні заклади, обласні й міські центри СНІДу. Психоневрологічні заклади та відповідні відділення в міських поліклініках або лікарнях можуть мати посади медичних сестер соціальної допомоги.

Крім того, створення кабінету «Довіра» на базі будь-якого закладу також дає можливість ввести посаду психолога або соціального працівника.

Варіант 2. Організація робочого місця для співробітника іншого закладу в певні години за договором між ЗОЗ

Здійснюється подібно до варіанту 4 для залучення лікаря.

Варіант 3. Залучення зовнішнього консультанта за договором цивільно-правового характеру

Здійснюється подібно до варіанту 8 для залучення лікаря.

Заснування мультидисциплінарної команди

Компонент послуг [3](#), [4](#), [16](#)

Оптимальною формою ведення пацієнтів із поєднаною патологією є заснування МДК із залученням різних фахівців (лікаря, медичної сестри, соціального працівника, психолога, консультанта за принципом «рівний – рівному» тощо). Для досягнення єдиної мети члени команди спільно ухвалюють рішення та відкрито обговорюють усі сильні і слабкі місця. У такій команді чітко розподілені ролі та функціональні обов'язки, всі члени несуть командну й особисту відповідальність.

Заснування МДК є вкрай бажаною формою кадрового забезпечення в рамках багатьох послуг. Проте відсутність можливості створити таку команду не повинна бути перешкодою в наданні послуг, які в мінімально необхідному обсязі можуть бути надані лише лікарем або медсестрою.

Крок 1. Залучення спеціалістів

До складу МДК, що надає послуги для СІН, доцільно включати інфекціоніста, нарколога, фізіотерапевта, невропатолога, гінеколога, дерматолога, офтальмолога, терапевта, психіатра, хірурга, уролога. Залучення лікарів інших спеціальностей може здійснюватися за декількома варіантами на постійній або тимчасовій основі відповідно до потреби ([на стор 69](#)).

НУО, що працюють із медичною установою в єдиному просторі, можуть брати активну участь у супроводі ЛЖВ і делегувати до МДК своїх спеціалістів – психологів, соціальних працівників, консультантів.

Крок 2. Регламентация роботи

У нормативній базі наразі немає чіткого визначення МДК, правил її створення та роботи. Найбільш поширеною практикою сьогодні є створення МДК наказом керівника закладу, на базі якого пацієнти отримують більшу частину послуг. Співробітники партнерських закладів і НУО також можуть бути зазначені в наказі з приміткою «за згодою». У наказі потрібно передбачити періодичність і місце проведення засідань МДК. Оптимальною є частота засідань не рідше ніж 1 раз на 2 тижні.

Крок 3. Матеріально-технічне та нормативне забезпечення

Для ефективної роботи МДК потрібно забезпечити наявність приміщення для засідань. Висновки комісії оформлюються у вигляді протоколів засідань.

Створення лікарсько-консультативної комісії

Компонент послуги [15](#)

У пропонованому посібнику цей компонент застосовується в рамках єдиної послуги – «Діагностика залежності». Відповідно до Закону України [51] обстеження на предмет залежності осіб, стосовно яких встановлено факт незаконного вживання наркотичних засобів, проводиться лікарсько-консультативною комісією (якщо особа звернулася самостійно, діагноз може бути встановлено лікарем одноосібно). Існують два варіанти забезпечення такого обстеження.

Варіант 1. Створення власної комісії

Крок 1. Затвердження складу комісії наказом

У нормативній базі немає вимог щодо складу ЛКК для діагностики залежності. Але вважається, що в її складі повинен бути хоча б один лікар-нарколог. Склад комісії затверджується наказом керівника закладу з ознайомленням членів комісії під особистий підпис.

Крок 2. Забезпечення можливості стаціонарного обстеження

Згідно з інструкцією [56] діагноз «наркоманія» встановлюється після стаціонарного медичного обстеження. Але немає чітких вимог щодо місця та терміну проведення зазначеного обстеження. Тому госпіталізація з метою встановлення діагнозу залежності від ПАР може здійснюватись у відділення будь-якого профілю і тривати лише стільки, скільки необхідно ЛКК для обстеження госпіталізованої особи на предмет залежності (у більшості випадків для цього достатньо одного дня).

Варіант 2. Направлення на обстеження до наркологічної установи

Якщо в ЗОЗ немає можливості створити власну ЛКК, єдиним варіантом є переадресування в профільну установу. Кожен громадянин має право пройти обстеження в наркологічному закладі, тому формально укласти договір для цього не треба. З іншого боку, налагоджений зв'язок та взаєморозуміння з цією установою будуть корисними. В усякому разі слід дотримуватися правил структурного переадресування.

Робота лікаря

Компонент послуг [2](#), [3](#), [4](#), [6](#), [7](#), [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#), [19](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [32](#)

Робота лікаря є основним компонентом у багатьох послугах. У рамках цього компоненту тільки перший крок має декілька варіантів запровадження.

Крок 1. Залучення лікаря

Якщо в штаті закладу немає лікаря необхідної спеціальності, який може забезпечити консультування додаткових пацієнтів, існують декілька варіантів його залучення ([на стор 69](#)).

Крок 2. Підготовка лікаря

Для забезпечення деяких послуг лікар повинен пройти спеціальне навчання або інструктаж. Слід взяти до уваги наступні моменти.

- АРТ проводять лікарі, які мають спеціалізацію з інфекційних хвороб або терапії, пройшли навчання з питань антиретровірусного лікування. Призначати АРТ мають право фахівці, які пройшли повний курс тематичного вдосконалення з питань АРТ (основи АРТ у дорослих або дітей, моніторинг АРТ на робочому місці та поглиблене вивчення АРТ у дорослих та дітей) і мають відповідний документ (наприклад, виданий Національною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика).
- Навчання лікарів із ЗПТ здійснюється в рамках виконання програми Глобального фонду Українським інститутом досліджень щодо політики громадського здоров'я. Також існують курси тематичного вдосконалення із ЗПТ на кафедрі наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти, на яких наркологи можуть отримати відповідну підготовку.

Крок 3. Матеріально-технічне забезпечення

Необхідно також пам'ятати, що керівництво закладу повинне забезпечити адекватні матеріально-технічні умови роботи лікаря, тобто наявність приміщення, меблів, інструментарію та обладнання.

Усі приміщення ЗОЗ повинні відповідати санітарним правилам і нормам [101]. Робота лікарів з окремими категоріями пацієнтів потребує особливих умов.

- Кабінети поліклінічних відділень ЗОЗ, що надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на туберкульоз, повинні бути обладнані відповідно до рекомендованого табелю¹⁰⁷.
- Лікувальні та діагностичні кабінети амбулаторно-поліклінічних відділень центрів профілактики та боротьби зі СНІДом (кабінети інфекціоніста, педіатра, терапевта, невропатолога, дерматовенеролога, ендоскопії, замісної терапії) та кабінети «Довіра» повинні бути обладнані згідно з табелем¹⁰⁸.

Робота медсестри

Компонент послуг [3](#), [4](#), [8](#), [11](#), [16](#), [21](#), [22](#), [26](#), [29](#), [32](#)

Робота медсестри є важливим компонентом багатьох послуг. У рамках цього компоненту лише перший крок має декілька варіантів упровадження.

Крок 1. Залучення середнього медичного працівника

Якщо в штаті закладу немає середнього медичного працівника необхідної спеціальності, який може обслуговувати додаткових пацієнтів, існують декілька варіантів його залучення ([на стор 71](#)).

Крок 2. Підготовка середнього медичного працівника

Для забезпечення деяких послуг медичний працівник повинен пройти спеціальне навчання або інструктаж:

- інструктаж з проведення туберкулінодіагностики та забору мокротиння для обстеження на туберкульоз проводять спеціалісти обласного тубдиспансеру;
- навчання середніх медичних працівників із ЗПТ здійснюється в рамках виконання програми Глобального фонду Українським інститутом досліджень політики щодо громадського здоров'я.

Крок 3. Матеріально-технічне забезпечення

Слід пам'ятати, що керівництво закладу повинне забезпечити адекватні матеріально-технічні умови роботи середнього медичного персоналу включно з наявністю інструментарію та обладнання. У ході надання деяких послуг медсестра може знаходитися в одному кабінеті з лікарем, але іноді для неї потрібне окреме приміщення.

Усі приміщення ЗОЗ, у тому числі кабінети медичних сестер, повинні відповідати санітарним правилам і нормам [101]. Деякі види роботи потребують використання спеціально оснащених приміщень:

- процедурні кабінети, де виконується забір крові для обстежень, повинні бути оснащені згідно з табелем¹⁰⁹;
- кабінети щеплень повинні бути оснащені відповідно до примірного табелю [73].

¹⁰⁷ Наказ МОЗ України від 29.09.2009 № 694 «Про затвердження рекомендованих табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на туберкульоз, залежно від рівня надання медичної допомоги».

¹⁰⁸ Наказ МОЗ України від 19.07.2010 № 590 «Про затвердження рекомендованих табелів оснащення виробами медичного призначення спеціалізованих закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які здійснюють клініко-діагностичні дослідження та надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД».

¹⁰⁹ «Табель оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів», затверджений Наказом МОЗ України від 05.06.1998 № 153 «Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я».

Дотестове, первинне та підтримувальне післятестове консультування

Компонент послуги 1

Відповідно до Закону України [7] дотестове і післятестове консультування, підготовка і видача висновку про результати такого тестування можуть здійснюватися в будь-яких закладах, що мають відповідну ліцензію.

Порядок ДКТ [9] не висуває окремих кадрових або організаційних вимог до перед- або післятестового консультування, тому ці компоненти мають однакові варіанти та механізм упровадження.

Найбільш оптимальною схемою впровадження є підготовка власного персоналу, який буде проводити як до-, так і післятестове консультування. Для центрів СНІДу, міських і районних лікарень у разі браку кадрових або матеріальних ресурсів раціональним механізмом є заснування кабінету «Довіра», що дозволить ввести додаткові штатні одиниці та обладнання відповідно до наказів^{110, 111} і типового положення¹¹².

Варіант 1. На базі закладу (у тому числі заснування кабінету «Довіра»)

Крок 1. Кадрове забезпечення

Згідно з порядком ДКТ [9] до- та післятестове консультування можуть проводити фахівці різних спеціальностей: медичні працівники (лікарі та медичні сестри), психологи, соціальні працівники, представники громадських організацій, що працюють у сфері профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу (включно з консультантами за принципом «рівний – рівному» з-поміж людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, і представників груп ризику). Таким чином, керівник ЗОЗ, виходячи з наявних кадрових ресурсів та їх підготовки, повинен визначити, який саме фахівець буде проводити консультування. Існують декілька варіантів залучення лікаря ([на стор 69](#)), медичної сестри ([на стор 71](#)), психолога ([на стор 71](#)), соціального працівника ([на стор 71](#)), серед яких керівник обирає найбільш прийнятний у конкретних умовах. Робота організовується з розрахунку до 12 відвідувань на 1 фахівця на зміну.

Керівник ЗОЗ повинен також призначити особу, яка буде відповідальною за організацію роботи з надання послуг КіТ, здійснення їх моніторингу, оцінки та супервізії.

Крок 2. Підготовка консультантів

Незалежно від посади або фаху консультант повинен пройти спеціальну підготовку з проведення КіТ відповідно до переліку тем і кількості навчальних годин¹¹³ на навчальних курсах, що можуть проводитися:

- на базі навчальних закладів, які мають кваліфікованих викладачів, навчальні програми з КіТ та здійснюють підготовку медичних працівників, психологів, соціальних працівників, за умови включення в навчальні програми курсу з ВІЛ-інфекції з основами КіТ (наприклад, у рамках циклу тематичного вдосконалення «Базові питання добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію» на базі кафедри вірусології Національної медичної академії післядипломної освіти П.Л. Шупика);

¹¹⁰ Наказ МОЗ України від 25.02.2008 № 102 «Про функціонування кабінетів «Довіра».

¹¹¹ Додатки 3 та 52 до Наказу МОЗ України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».

¹¹² Наказ МОЗ України від 27.06.2006 № 421 «Про затвердження Типового положення про кабінет «Довіра».

¹¹³ Додаток 2 «Підготовка консультантів по ДКТ, перелік тем, обов'язкових під час опрацювання порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу)» до «Порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію», затвердженого Наказом МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».

- у рамках проектів міжнародної технічної допомоги, що функціонують на підставі меморандумів про взаєморозуміння та співпрацю у сфері охорони здоров'я як між урядами країн, так і між окремими міжнародними і національними організаціями чи проектами з міжнародної технічної допомоги та МОЗ України;
- шляхом постійного методичного керівництва та супервізії послуг консультантів кваліфікованими спеціалістами.

Крок 3. Матеріально-технічне забезпечення

Консультавання в рамках КіТ може здійснюватися в умовах стаціонарного або мобільного пункту (спеціально облаштованого автомобіля). Для стаціонарного проведення консультавання повинен бути виділений кабінет, що відповідає вимогам п. 5.2 порядку [9] за площею, наявністю меблів, характеристиками освітлення, необхідного для забезпечення комфортних умов консультавання. Кабінети, що використовуються для консультавання та тестування, повинні забезпечувати умови конфіденційності.

Крок 4. Виконання нормативних вимог

Конфіденційність. Право пацієнта на захист особистої медичної інформації закріплене в Конституції України, Законах України [7] та підзаконних актах. Керівник організації, в якій проводиться КіТ, повинен забезпечити конфіденційні умови для проведення консультавання та зберігання документації з інформацією, отриманою під час консультавання.

Уся інформація про пацієнта повинна зберігатися в режимі обмеженого доступу, що визначається наказом керівника організації. Визначений режим повинен виключати можливість ознайомлення із цією інформацією сторонніх осіб (технічного персоналу, родичів співробітників закладу тощо) і передбачає зберігання в сейфах (що зачиняються на ключ) документації, що містить персоніфіковані дані про пацієнтів. Інші умови зазначені в профільному порядку [9].

Інформована згода. Працівник, який проводить КіТ, повинен отримати інформовану згоду пацієнта до проведення тестування¹¹⁴ [10]. У разі анонімного тестування форма не заповнюється.

Документація та облік. Порядком [9] передбачене ведення журналу реєстрації добровільного перед- та післятестового консультавання при тестуванні на ВІЛ-інфекцію (форма первинної облікової документації № 503/о), форму якого затверджено наказом [8]. Інший наказ¹¹⁵ передбачає також подання звіту про проведення консультавання у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію.

Крок 5. Забезпечення належної якості консультавання, супервізії, моніторингу та оцінки

Зміст і формат до- та післятестового консультавання вичерпно описані в Законі України [7], порядку [9] та настанові [10], тому в цьому документі не розглядаються.

Супервізія має забезпечувати вдосконалення знань і навичок консультантів шляхом здійснення керівництва, надання методичної допомоги та підтримки консультанта з метою забезпечення консультаційних послуг високої якості та поліпшення менеджменту служб КіТ.

Проведення моніторингу, оцінки та супервізії, надання послуг КіТ в кабінетах «Довіра», міських центрах СНІДу та інших ЗОЗ, установах і організаціях забезпечують регіональні центри СНІДу відповідно до порядку ДКТ [9]. Визначення супервізорів на регіональному та районних рівнях проводиться за наказом МОЗ України¹¹⁶. Моніторинг та оцінка на рівні закладу здійснюються відповідальною особою згідно з кількісними та якісними показниками, затвердженими керівником закладу. Відповідно до результатів приймається рішення про покращення якості послуг консультавання.

¹¹⁴ Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації N 503-1/о «Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ», затверджена Наказом МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультавання і тестування на ВІЛ-інфекцію».

¹¹⁵ Наказ МОЗ України від 11.05.2010 № 388 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції».

¹¹⁶ Наказ МОЗ України від 19.04.2006 № 236 «Про організацію впровадження порядку добровільного консультавання і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) в закладах охорони здоров'я».

Варіант 1. На території ЗОЗ працівниками іншого закладу

Якщо в закладі немає можливості забезпечити до- або післятестове консультування силами штатного персоналу, існує варіант залучення спеціалістів з інших організацій, у яких надаються послуги з КіТ.

Упровадження консультування за цим варіантом передбачає, що партнерський заклад має працівників, підготовлених належним чином. За виконання нормативних вимог, забезпечення якості консультування, моніторинг та облік у цьому разі відповідає заклад-партнер.

Таким чином, з практичних міркувань потрібно обрати партнерський заклад, підписати договір, надати необхідні приміщення та визначити графік роботи.

Крок 1. Встановлення партнерства

До структур, які можуть надавати послуги з до- та післятестового консультування, належать кабінети лікарів-спеціалістів закладів служби планування сім'ї та репродуктивного здоров'я людини; кабінети клінік, дружніх для молоді; кабінети закладів Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді. Їх діяльність з надання КіТ регулюється порядком [9] та іншими нормативними актами^{117, 118}. Співробітництво між закладами Держсоцслужби та ЗОЗ регулюється окремим наказом¹¹⁹. Також у багатьох регіонах працюють ВІЛ-сервісні НУО, які надають послуги з консультування. Якщо ці НУО впроваджують проекти з надання послуг уразливим групам населення, то вони можуть бути зацікавлені не тільки в проведенні консультування, але й в наданні тест-систем для тестування на ВІЛ або інших засобів.

Для визначення умов співпраці та відповідальності сторін потрібно підписати договір про співпрацю.

Крок 2. Забезпечення приміщення та визначення графіку роботи

Консультування в рамках КіТ може здійснюватися в умовах стаціонарного або мобільного пункту (спеціально облаштованого автомобіля). Для стаціонарного проведення консультування повинен бути виділений кабінет, що відповідає вимогам п. 5.2 порядку [9] щодо площі, наявності меблів та характеристик освітлення, необхідного для забезпечення комфортних умов консультування. Кабінети, які використовуються для консультування та тестування, повинні відповідати умовам конфіденційності.

Якщо заклад-партнер проводить консультування та тестування в мобільному пункті, потрібно визначити місце для паркування, яке буде зручним для клієнтів.

За будь-якого варіанту повинен бути чітко визначений графік проведення КіТ, про що слід поінформувати потенційних клієнтів.

Переданалітичний етап лабораторних обстежень

Компонент послуг [1](#), [3](#), [4](#), [6](#), [15](#), [16](#), [20](#), [21](#), [22](#), [24](#), [25](#), [26](#), [28](#), [31](#)

Цей компонент охоплює початковий етап діагностичних досліджень, починаючи від забору матеріалу до направлення його в лабораторію. Для деяких видів досліджень переданалітичний та аналітичний етапи практично нерозривно пов'язані (наприклад, у разі застосування швидких тестів), але можливість комбінації різних варіантів упровадження цих етапів у рамках інших видів досліджень обумовлює їх виокремлення в цьому посібнику.

¹¹⁷ Наказ МОЗ України від 14.11.2005 № 604 «Про удосконалення організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді».

¹¹⁸ Наказ МОЗ України від 04.08.2006 № 539 «Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні».

¹¹⁹ Наказ МОЗ України і Міністерства України у справах сім'ї, молоді й спорту від 17.11.2006 № 3925/760 «Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу».

Організаційне забезпечення переданалітичного етапу значною мірою є схожим незалежно від виду обстеження. Особливості забезпечення окремих досліджень зазначені у відповідних практичних кроках.

Варіант 1. На базі закладу

Крок 1. Кадрове забезпечення

Для забору матеріалу потрібен середній медичний працівник, який має належну кваліфікацію. Існує декілька варіантів залучення медсестри ([на стор 71](#)).

Для проведення тестування на ВІЛ керівник ЗОЗ повинен наказом призначити особу, яка буде здійснювати забір крові, а також особу, відповідальну за підготовку зразків крові.

Крок 2. Підготовка персоналу

Для більшості діагностичних процедур не існує специфічних вимог щодо підготовки персоналу, тому вважається, що забір крові або іншого матеріалу для дослідження може здійснювати будь-який середній медичний працівник.

Для здійснення забору крові для дослідження на антитіла до ВІЛ, CD4, вірусне навантаження медпрацівник повинен пройти інструктаж у регіональному центрі СНІДу.

Крок 3. Забезпечення приміщення

Загальні вимоги до облаштування процедурних кабінетів містяться в Санітарних правилах і нормах, оснащення приміщень в амбулаторно-поліклінічних підрозділах – у примірних табелях¹²⁰.

Маніпуляційна кабінету «Довіра», іншого ЗОЗ, у якому проводиться КіТ, має бути оснащена відповідно до порядку [9] та окремого наказу [108].

Для проведення досліджень сечі потрібен санвузол і чиста тара для збору сечі.

Вимоги до приміщення, в якому може здійснюватися тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів, описані у відповідному наказі МОЗ [17], де, зокрема, вказано, що приміщення повинне бути укомплектоване холодильником і годинником.

Крок 4. Забезпечення витратними матеріалами та обладнанням

Деякі дослідження, особливо якщо лабораторний етап проводиться в іншому закладі або через деякий проміжок часу, потребують спеціального устаткування та обладнання. До останнього належать вакуутайнери (обов'язкові для проведення ПЛР на гепатити, обстеження на CD4, вірусне навантаження), центрифуга, транспортні пробірки, контейнер, холодильники для замороження та зберігання матеріалу (за потреби).

До витратних матеріалів можуть відноситися скарифікатори, шприці, спиртові серветки, скельця, пробірки, емності для збору сечі, гінекологічні набори, щіточки, універсальні зонди, ложки Фолькмана, аплікатори тощо. Залежно від виду досліджень витратні матеріали можуть бути придбані за рахунок власних бюджетних або позабюджетних коштів ЗОЗ, за рахунок донорської організації, в рамках виконання цільового проекту, а також, в окремих випадках, власним коштом клієнтів.

В усіх випадках маніпуляційні та приміщення, в яких здійснюються дослідження, повинні бути забезпечені емностями та дезінфектантами для знезараження інструментарію і/або компонентів тест-систем.

Крок 5. Виконання нормативних вимог та облік

Забір матеріалу для деяких лабораторних обстежень потребує ведення спеціального обліку. Облікові форми, журнали та інструкції до них затверджуються наказами МОЗ.

¹²⁰ Наказ МОЗ України від 05.06.1998 № 153 «Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я».

Зразки, що беруться для обстеження на ВІЛ-інфекцію або для проведення підтверджувальних досліджень на ВІЛ-інфекцію, повинні реєструватися у відповідних журналах згідно з наказом [18].

Зразки для досліджень на CD4 або вірусне навантаження повинні супроводжуватися відповідними направленнями [27].

Крок 6. Забезпечення якості забору матеріалу

Керівник закладу несе відповідальність за дотриманням критеріїв якості маніпуляцій і транспортування матеріалу. Для деяких видів досліджень існують спеціальні вимоги щодо процедури забору матеріалу:

- визначення РНК вірусних гепатитів методом ПЛР¹²¹;
- забір цитологічного матеріалу з шийки матки¹²².

Варіант 2. На території закладу за договором з іншою установою

Якщо в закладі немає можливості забезпечити забір матеріалу силами власного персоналу, для деяких видів досліджень можливе залучення спеціалістів з інших організацій. Ці фахівці проводять забір матеріалу на території закладу, який їх залучив. Наприклад, цей варіант використовується у випадку організації дослідження на CD4, коли працівники центру СНІДу або кабінету «Довіра» виїжджають для забору крові в інші ЗОЗ. Також цей варіант має місце у разі залучення мобільних амбулаторій для проведення тестування на ВІЛ, ПСШ та інші інфекції.

У рамках упровадження переданалітичного етапу за цим варіантом передбачається, що партнерський заклад має працівників, підготовлених належним чином. Виконання нормативних вимог, забезпечення якості послуги, її моніторинг та облік у цьому випадку є сферою відповідальності закладу-партнера. З практичної точки зору, потрібно обрати партнерський заклад, підписати договір, надати необхідні приміщення (якщо це необхідно) та визначити графік роботи.

Крок 1. Встановлення партнерства

Залежно від виду обстеження закладом-партнером може виступати регіональний центр СНІДу, протитуберкульозний диспансер, ВІЛ-сервісна НУО тощо.

Для визначення умов співпраці та меж відповідальності сторін потрібно підписати договір про співпрацю.

Крок 2. Забезпечення приміщення та визначення графіку роботи

Якщо забір матеріалу буде проводитись у приміщеннях закладу, вони повинні відповідати всім вимогам, описаним у кроці 3 варіанту 1. Забезпечення витратними матеріалами здійснюється відповідно до договору або закладом, що залучає (крок 4 варіанту 1), або закладом-партнером.

Якщо заклад-партнер проводить забір матеріалу в мобільній амбулаторії, потрібно визначити місце для паркування, зручне для клієнтів.

Аналітичний етап лабораторних обстежень

Компонент послуг [1](#), [3](#), [4](#), [6](#), [10](#), [11](#), [12](#), [15](#), [16](#), [20](#), [21](#), [22](#), [24](#), [25](#), [26](#), [28](#), [31](#)

Незалежно від виду дослідження існує 2 основні варіанти організації цього етапу – на базі власної лабораторії або в лабораторії іншого закладу (варіанти 1, 2). Деякі види досліджень можливо

¹²¹ Додаток 7 «Порядок забору біологічного матеріалу (крові) для визначення РНК ВГС методом ПЛР» до пункту 2.6 «Клінічного протоколу діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію», затвердженого Наказом МОЗ України від 30.12.2008 № 826 «Про затвердження Клінічного протоколу діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію».

¹²² «Клінічний протокол «Доброякісні і передракові процеси шийки матки», затверджений Наказом МОЗ України від 31.12.2004 № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

організувати на базі підпорядкованого закладу без залучення власної лабораторії (за допомогою швидких тестів) або на власній території співробітниками іншого закладу, наприклад у вигляді мобільної амбулаторії (варіанти 3, 4).

Для певних видів досліджень існують нормативні організаційні особливості, які потрібно враховувати, приймаючи рішення про їх впровадження.

- Підтверджувальні дослідження на ВІЛ-інфекцію, обстеження на CD4, вірусне навантаження наразі виконуються тільки в лабораторіях, затверджених наказом МОЗ¹²³, тому організація доступу до цих досліджень в інших закладах можлива лише за варіантом 2.
- Мікробіологічні дослідження мокротиння на туберкульоз впроваджуються згідно з наказом МОЗ у лабораторії не нижче відповідного рівня (мікроскопія мокротиння – I рівень, бактеріологічне дослідження – II рівень, чутливість до препаратів – III рівень).

Враховуючи вищевказані особливості, під час організації аналітичного етапу досліджень можливе використання одного з наступних варіантів.

Варіант 1. Використання власної лабораторії

Крок 1. Атестація/акредитація лабораторії (матеріально-технічне та кадрове забезпечення)

Офіційним підтвердженням готовності лабораторії до проведення робіт у сфері охорони здоров'я є її атестація. Атестація та оформлення її результатів проводяться в порядку, встановленому нормативно-правовими актами центрального органу виконавчої влади у сфері метрології за правилами уповноваження та атестації у державній метрологічній системі¹²⁴. Органом з атестації вимірювальних лабораторій закладів, установ та організацій визначена головна організація метрологічної служби МОЗ України – Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»^{125, 126}.

Крім цього, лабораторії державних або комунальних закладів охорони здоров'я, в яких проводяться дослідження з діагностики ВІЛ-інфекції, повинні бути акредитовані МОЗ [15]. Право проводити підтверджувальні дослідження у разі виявлення серологічних маркерів ВІЛ мають лабораторії, визначені відповідним наказом МОЗ.

Спроможність лабораторій щодо проведення досліджень оцінюється відповідно до наступних критеріїв.

- Лабораторія має бути забезпечена вимірювальною технікою, випробувальним і допоміжним обладнанням, контрольними зразковими речовинами (контрольними сироватками, штамами музейних культур тощо), реактивами, імунобіологічними препаратами й мірним посудом, що відповідають вимогам нормативних документів і передбачені методиками проведення досліджень. Вимоги до оснащення обладнанням містяться в затверджених табелях [120].
- Встановлення, експлуатація та зберігання техніки й обладнання мають здійснюватись із дотриманням технічних умов, що забезпечують постійну готовність до проведення досліджень з необхідною точністю.

¹²³ Наказ МОЗ України від 16.09.2009 № 673 «Про затвердження переліків центрів профілактики і боротьби зі СНІДом для проведення лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією і антиретровірусною терапією та проведення підтверджуючих досліджень в Україні».

¹²⁴ Наказ Держспоживстандарту України від 29.03.2005 № 71 «Про затвердження Правил уповноваження та атестації у державній метрологічній системі».

¹²⁵ Наказ МОЗ України від 19.04.07 № 196 «Щодо атестації вимірювальних лабораторій закладів, установ та організацій».

¹²⁶ «Пам'ятка ліцензіатам КДЛ «Інформація для ліцензіатів, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики за лікарськими спеціальностями «клінічна біохімія, клінічна імунологія, клінічна лабораторна діагностика, лабораторна імунологія, бактеріологія, вірусологія», затверджена МОЗ України від 04.08.2009.

- Придатність до застосування техніки, обладнання та зразкових речовин має бути підтверджена документально (свідцтвом про звірювання, свідцтвом про атестацію). Звірювання та/або атестація повинні проводитися регулярно згідно з встановленим графіком і відповідно до нормативних вимог.
- Слід запровадити систему контролю результатів та забезпечення належної якості досліджень.
- Лабораторія повинна мати достатню кількість фахівців (лікарів-лаборантів, лаборантів), які мають відповідну освіту та кваліфікацію і можуть забезпечити проведення досліджень у необхідному обсязі. Усі фахівці повинні мати затверджені посадові інструкції, що передбачають заходи з підвищення кваліфікації. Посади лабораторного персоналу в ЗОЗ визначаються відповідними додатками (за окремими типами закладів) та розділом 14 додатку № 26 до наказу МОЗ [11].
- Необхідно розробити інструкції з охорони праці, техніки безпеки, протиепідемічного режиму.
- Приміщення повинні відповідати вимогам нормативних документів щодо дотримання умов проведення досліджень (вимірювань), у тому числі вимогам техніки безпеки, протиепідемічного режиму, охорони здоров'я і навколишнього середовища. Загальні вимоги до лабораторних приміщень у ЗОЗ містяться в будівельних нормах¹²⁷. Приміщення, в яких проводиться дослідження інфекційного матеріалу, повинні також відповідати окремим правилам¹²⁸.
- Для проведення досліджень з мікроорганізмами необхідно отримати дозвіл відповідно до групи патогенності останніх.

Більшість ЗОЗ районного та вищих рівнів забезпечені обладнанням для проведення основних загальноклінічних обстежень, але більш специфічні дослідження потребують додаткового устаткування. Якщо потрібно закупити додаткове обладнання, можливо використати наступні шляхи:

- закупівля обладнання за кошти закладу (бюджетні або позабюджетні);
- отримання за кошти централізованого постачання МОЗ (УОЗ) як високовартісного обладнання, якщо заклад визначений як постачальник певного виду послуг для визначеного контингенту населення;
- закупівля за рахунок донорських організацій.

Крок 2. Забезпечення тест-системами та витратними матеріалами

Залежно від виду дослідження тест-системи та витратні матеріали можуть надаватися закладу шляхом централізованого постачання (від МОЗ або УОЗ), за рахунок донорської організації, в рамках виконання цільового проекту або закуповуватися за рахунок закладу (бюджетні або позабюджетні кошти). В окремих випадках пацієнти можуть купувати витратні матеріали за власний рахунок.

У разі самостійної закупівлі потрібно враховувати, що в деяких дослідженнях тест-системи розраховані на одночасне обстеження багатьох зразків, тому їх придбання доцільне тільки за необхідності обстежити велику кількість пацієнтів у короткій проміжок часу.

Зберігання всіх тест-систем повинно здійснюватися з чітким дотриманням температурного режиму.

Крок 3. Дотримання методики проведення досліджень

¹²⁷ Державні Будівельні Норми України ДБН В.2.2-10-2001 «Будинки і споруди – заклади охорони здоров'я», затверджені Державним комітетом будівництва, архітектури та житлової політики України від 04.01.2001.

¹²⁸ Державні санітарні правила ДСП 9.9.5.-080-02 «Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях) мікробіологічного профілю», затверджені МОЗ України і Державною санітарно-епідеміологічною службою України від 28.01.2002.

Основним документом, що регламентує методику проведення загальноклінічних лабораторних обстежень, є інструкція¹²⁹, затверджена наказом МЗ СРСР. Також розроблено проект наказу МОЗ¹³⁰, який у разі його затвердження встановить критерії забезпечення якості лабораторних досліджень.

Основні види лабораторних досліджень регламентується окремими наказами або інструкціями: ПЛР^{131, 132}, діагностика ВІЛ-інфекції¹³³, [18]. Мікробіологічні лабораторії та пункти діагностики туберкульозу І–ІІ рівнів повинні відповідати типовим положенням [42] та проводити дослідження згідно з інструкцією¹³⁴.

Крок 4. Забезпечення нормативних вимог та обліку

Усі дослідження, які здійснюються в лабораторному підрозділі ЗОЗ, повинні обліковуватись у журналі лабораторних обстежень. Облік і звітність за окремими видами лабораторних досліджень повинні відповідати вимогам нормативних актів, які регулюють ці дослідження.

У випадку дослідження на ВІЛ інфекцію наказ [18] передбачає ведення низки журналів для реєстрації зразків крові, протоколів досліджень та ін. Пацієнту надається довідка про результати досліджень на антитіла до ВІЛ (форма первинної облікової документації № 503-5/0).

У разі досліджень мокротиння на КСБ ведуться журнали [33, 39]. Лабораторний реєстраційний журнал (бактеріоскопічні дослідження) (форма № ТБ 04/1) ведеться в усіх лабораторіях, які виконують мазок мокротиння на виявлення МБТ. Лабораторний реєстраційний журнал (бактеріологічні дослідження) (форма № ТБ 04/2) ведеться в усіх лабораторіях, які виконують мазок – посів мокротиння на МБТ.

Моніторинг та оцінка здійснюються відповідальною особою згідно з кількісними та якісними показниками, затвердженими керівником закладу. Звіт за показниками повинен надаватися до регіонального центру СНІДу. Відповідно до результатів приймається рішення про покращення якості послуг консультивання.

Варіант 2. Використання лабораторії іншого закладу

Якщо в закладі немає власної лабораторії, що має право або можливість проводити потрібний вид досліджень, можливо організувати транспортування зразків крові до відповідної лабораторії іншого закладу. У такому разі забезпечення тест-системами та витратними матеріалами покладається на заклад, що приймає зразки для досліджень.

Крок 1. Визначення партнерського закладу

Визначаючи партнерський заклад, потрібно враховувати відстань, на яку буде потрібно здійснювати транспортування матеріалу. Можливі декілька варіантів співпраці із закладами-партнерами щодо використання їх лабораторій:

- використання лабораторної бази ЗОЗ, що обслуговує прикріплене населення за територіальним принципом (для пацієнтів, які проживають на певній території);
- використання спеціалізованої лабораторії (іншого закладу, централізованої і т. ін.), на яку покладено функції вищим органом (МОЗ, територіальним УОЗ) у межах отриманих лімітів для надання послуг на безоплатній основі (за кошти, виділені на утримання цієї лабораторії); лабораторії, що проводять бактеріологічні дослідження з приводу

¹²⁹ Інструкція МОЗ СРСР від 14.05.1986 № 06-14/9 «Инструкция по применению унифицированных клинических лабораторных методов исследования».

¹³⁰ «Про затвердження тимчасових галузевих стандартів щодо забезпечення якості клінічних лабораторних досліджень» (проект Наказу МОЗ).

¹³¹ Постанова Головного державного санітарного лікаря України від 09.07.2003 № 24 «Про затвердження тимчасових методичних вказівок МОЗ України «Полімеразна ланцюгова реакція для виявлення збудників патологічних процесів».

¹³² «Організація роботи лабораторії при дослідженні біоматеріалу методом полімеразної ланцюгової реакції (методичні рекомендації)», 2007, Київ.

¹³³ «Інструкція з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції», затверджена Наказом МОЗ України від 22.02.2002. № 71 «Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції».

¹³⁴ «Інструкція з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції», затверджена Наказом МОЗ України від 06.02.2002 № 45 «Про затвердження Інструкції з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції».

- туберкульозу (ці дослідження можуть виконувати лише лабораторії II або III рівня) для інших закладів, визначає головний позаштатний фтизіатр області/міста;
- використання лабораторної бази іншого ЗОЗ на договірній основі (за оплату).

У будь-якому варіанті бажано укласти договір про співпрацю або затвердити наказ територіального УОЗ, який визначить межі відповідальності та механізм взаємодії між закладами.

Оплату послуг, якщо вона потрібна, можна здійснювати за бюджетні або позабюджетні кошти, власні кошти пацієнтів та ін. Надання послуг з лабораторної діагностики державними ЗОЗ за власні кошти пацієнта регламентується постановою¹³⁵. Слід зауважити, що в регіонах можуть діяти проекти із забезпечення оплати різних методів обстеження та доставки матеріалу до лабораторій для уразливих груп населення. Партнерство з такими проектами може допомогти забезпечити доступ пацієнтів ЗОЗ до високоякісних видів досліджень.

Крок 2. Організація транспортування матеріалу

Транспортування матеріалу повинно здійснюватися спеціально призначеними співробітниками лабораторії або закладу-замовника із використанням службового автотранспорту. Для певних видів досліджень обов'язковим є збереження температурного режиму. Для цього можуть використовуватися сумки з холодоагентом, термоконтейнери або спеціальний автотранспорт.

Для деяких видів досліджень потрібно дотримуватися спеціальних вимог щодо транспортування.

- Для обстеження на CD4 доставка матеріалу виконується медичним або іншим працівником без охолодження в контейнерах.
- Для обстеження за допомогою ПЛР (наприклад, на РНК ВГС або ДНК ВГВ) транспортування матеріалу та оброблених проб здійснюється в замороженому вигляді або в спеціальному термоконтейнері з охолоджувальними елементами або в термосі з льодом протягом 24 годин [25].
- Для бактеріологічних досліджень на ПСШ матеріал транспортується в спеціальних ємностях (залежно від виду матеріалу) зі збереженням температурного режиму [96].
- Транспортування цитологічного матеріалу здійснюється відповідно до вимог клінічного протоколу [122].

Крок 3. Організація повідомлення результатів

Результати тестування можуть надаватися до закладу-замовника поштою, засобами електронного зв'язку або через співробітників. Обраний шлях повинен відповідати вимогам конфіденційності медичної інформації.

Варіант 3. Використання швидких тестів

Для деяких видів досліджень доступні швидкі тести, або експрес-тести. Їх використання регулюється нормативними актами МОЗ^{136, 137, 138} [17].

Крок 1. Кадрове забезпечення

У нормативній базі наразі немає вичерпного опису кадрових або кваліфікаційних вимог до персоналу, який здійснює обстеження за допомогою ШТ. Загальноприйнятою практикою є здійснення переданалітичного

¹³⁵ Постанова Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138 «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти», із змінами згідно з Постановою КМ України від 11.07.2002 № 989.

¹³⁶ Наказ МОЗ України від 09.06.2003 № 255 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на антитіла до ВІЛ, облікової форми N 498/о та інструкції щодо її заповнення».

¹³⁷ Наказ МОЗ України від 23.09.2004 № 467 «Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на інфекційні хвороби, облікової форми та інструкції щодо її заповнення».

¹³⁸ «Використання експрес-тестів на наявність психоактивних речовин у загальномедичній практиці» (методичні рекомендації), МОЗ України і Української науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології, Київ, 2006.

(забір матеріалу) та аналітичного (нанесення матеріалу на тест-систему) етапів середнім медичним працівником, оцінювання результату проводить лікар.

Згідно з наказом [18] дослідження на ВІЛ-інфекцію за допомогою ШТ може проводити медичний працівник, який пройшов навчання в рамках циклу тематичного вдосконалення, на робочому місці в лабораторіях регіональних центрів профілактики та боротьби зі СНІДом або на тематичних семінарах навчання роботі із ШТ.

Крок 2. Матеріально-технічне забезпечення

Тестування за допомогою ШТ не потребує облаштування окремої лабораторії. У кабінеті тестування необхідно забезпечити належні умови роботи з дотриманням санітарно-епідеміологічного режиму, у тому числі передбачити ємності та дезінфектанти для знезараження тестів, інструментарію та обробки робочих поверхонь.

Крок 3. Забезпечення тест-системами та витратними матеріалами

Залежно від виду дослідження тест-системи та витратні матеріали можуть надаватися закладу шляхом централізованого постачання (від МОЗ або УОЗ), за рахунок донорської організації (наразі доступними за кошти донорів є тести на ВІЛ, гепатити та ПСШ), у рамках виконання цільового проекту або за рахунок закладу (бюджетні або позабюджетні кошти). В окремих випадках пацієнти можуть придбати витратні матеріали за власний рахунок.

Зберігання всіх тест-систем повинно здійснюватися з чітким дотриманням температурного режиму.

Крок 4. Документація та облік

Звітність за результатами досліджень за допомогою ШТ здійснюється відповідно до нормативних актів, що регулюють окремі види досліджень.

У ході обстеження на ВІЛ заповнюється низка журналів і довідок, форми яких затверджені наказами^{139, 140}. У разі позитивного результату видається попередження за формою 503-3/о, затвердженою наказом [8].

Моніторинг здійснюється відповідальною особою згідно з кількісними та якісними показниками, затвердженими керівником закладу. Звіт за показниками повинен надаватися до регіонального центру СНІДу. Відповідно до результатів приймається рішення про покращення якості послуг консультування.

Варіант 4. Тестування на території закладу за договором з іншою установою

Якщо в закладі немає можливості провести обстеження на власній базі або направити матеріал в іншу лабораторію, для деяких видів досліджень існує можливість залучення спеціалістів з інших організацій, які зможуть провести тестування своїми тест-системами на території закладу, який залучає. Переважно це стосується тестування за допомогою ШТ, у тому числі на базі мобільних амбулаторій [12].

Під час впровадження аналітичного етапу за цим варіантом передбачається, що партнерський заклад має підготовлених працівників та належну акредитацію на такий вид діяльності. Виконання нормативних вимог, забезпечення якості послуги, моніторинг та облік у цьому випадку є сферою відповідальності закладу-партнера.

З практичної точки зору, потрібно обрати партнера, підписати договір, надати необхідні приміщення (за потреби) та визначити графік роботи.

Крок 1. Встановлення партнерства

Залежно від виду обстеження закладом-партнером може виступати регіональний центр СНІДу, протитуберкульозний диспансер, ВІЛ-сервісна НУО тощо.

Для визначення умов співпраці та меж відповідальності сторін потрібно підписати договір про співпрацю.

¹³⁹ Наказ МОЗ України від 06.06.2007 № 304 «Про затвердження форми первинної облікової документації щодо застосування швидких тестів у закладах охорони здоров'я та інструкції щодо її заповнення».

¹⁴⁰ Наказ МОЗ України від 24.03.2006 № 158 «Про затвердження облікової форми № 498-2/о «Результат імунохроматографічного дослідження (СІТО TEST)».

Крок 2. Забезпечення приміщення та визначення графіку роботи

Якщо тестування буде проводитись у приміщеннях закладу, вони повинні відповідати усім вимогам, описаним у кроці 3 варіанту 1. Забезпечення витратними матеріалами здійснюється відповідно до договору одним із закладів.

Якщо заклад-партнер проводить забір матеріалу в умовах мобільної амбулаторії, потрібно визначити місце для паркування, зручне для клієнтів.

Забезпечення препаратами АРТ

Компонент послуг 4, 26

Станом на сьогодні препарати АРТ закуповуються за кошти державного бюджету та міжнародних донорів. Кожна поставка розподіляється згідно з наказом МОЗ¹⁴¹ за територіальним принципом. Територіальні УОЗ визначають кінцевих одержувачів і порядок розподілу препаратів у підпорядкованих ЗОЗ. Для забезпечення пацієнтів ЗОЗ препаратами АРТ можливо використати наступні варіанти залежно від передбачуваної потреби.

Варіант 1. Організація незалежного сайту АРТ

Наразі за таким механізмом препарати АРТ постачаються в кабінети «Довіра», родопомічні заклади, інфекційні відділення.

Крок 1. Підготовка ЗОЗ та включення в регіональний розподіл

Відповідно до комплексного плану [34] обласні УОЗ повинні затверджувати наказами та подавати до МОЗ інформацію про заклади, в яких проводять або будуть проводити АРТ протягом року. Для того щоб заклад був затверджений обласним УОЗ як такий, в якому проводиться АРТ, необхідно провести комісійну оцінку готовності закладу до надання АРТ. До складу комісії повинні входити представники обласного УОЗ, обласного та міського центрів СНІДу, представники НДО. У роботі комісії повинні брати участь такі спеціалісти: інфекціоніст-клініцист, лаборант, спеціаліст з моніторингу АРТ, організатор охорони здоров'я. Оцінка готовності проводиться за допомогою спеціального інструменту¹⁴², який оцінює кадровий потенціал, матеріально-технічну базу, схему надання послуг тощо. За результатами оцінювання складається звіт, який надається в обласне УОЗ.

Препарати постачаються в заклади згідно з механізмом, передбаченим наказом або листом УОЗ, – через обласний центр СНІДу.

Крок 2. Матеріально-технічне забезпечення

Лікарські засоби в ЗОЗ повинні зберігатися відповідно до встановлених вимог¹⁴³. Згідно з базовим стандартом¹⁴⁴ місце зберігання антиретровірусних препаратів визначається з урахуванням мінімальних вимог до приміщення:

- – сухе, вентильоване, чисте, з фарбуванням поверхонь фарбою (як правило, олійною) для обробки їх дезінфікуючими засобами;

¹⁴¹ Наказ МОЗ від 21.09.2010 № 795 «Про розподіл антиретровірусних препаратів для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД та профілактики ВІЛ-інфікування, закуплених за рахунок коштів Державного бюджету на 2010 рік».

¹⁴² «Інструмент оцінки готовності закладу до впровадження програми розширення доступу до антиретровірусної терапії (АРТ) та вимоги до подальшої підготовки персоналу та розробки систем», адаптовано Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні з оригіналу, підготованого JSI/DELIVER, Версія 1.1, вересень 2003 року.

¹⁴³ Наказ МОЗ України від 16.12.2003 № 584 «Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах».

¹⁴⁴ «Базовий стандарт щодо організації впровадження (розширення) антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в регіоні», затверджений Наказом МОЗ від 15.04.2008 № 205 «Про затвердження Комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні в 2008 році».

- – устатковане стелажми (шафами), холодильником (за необхідності), термометром і гігрометром;
- – достатній рівень захисту від можливих несанкціонованих проникнень (металеві двері, вікна з решітками, сигналізація (по можливості), охорона, за відсутності сигналізації – черговий).

Доступ до приміщення, де зберігаються лікарські засоби, повинні мати тільки відповідальні особи.

Крок 3. Виконання нормативних вимог та облік

Система предметно-кількісного обліку антиретровірусних препаратів повинна відповідати чинному наказу про розподіл препарату. Останнім наказом [141] передбачено подання звітів про отримання, використання, залишки препаратів, актів інвентаризації (форми, затверджені в комплексному плані [34]) та актів списання (затверджених окремим наказом¹⁴⁵), а також інформації про невикористання препаратів.

Варіант 2. Доставка препаратів пацієнтам в інший заклад

Якщо пацієнт знаходиться на лікуванні в іншому закладі і не може з'явитися для видачі препарату в заклад, де він зазвичай отримує АРТ, персонал сайту АРТ або закладу, де перебуває пацієнт, може доставити препарати до місця знаходження пацієнта. Передачі з балансу на баланс не відбувається; облік і звітність по препаратах ведуться звичайним чином співробітниками сайту АРТ. Цей механізм може використовуватися для доставки препаратів пацієнтам закладів, у яких обслуговуються СІН.

Забезпечення препаратами для профілактики і лікування опортуністичних інфекцій

Компонент послуги 6

Наразі препарати для лікування та профілактики ОІ централізовано закуповуються за кошти державного бюджету та міжнародних донорів. Кожна поставка розподіляється згідно з наказом МОЗ за територіальним принципом аналогічно до розподілу препаратів АРТ, після чого територіальні УОЗ визначають кінцевих одержувачів і порядок розподілу препаратів по підпорядкованих ЗОЗ. Деякі із цих препаратів доступні для придбання в аптечній мережі закладами або пацієнтами.

Для забезпечення пацієнтів ЗОЗ препаратами для лікування ОІ можливо використати наступні варіанти.

Варіант 1. Централізоване постачання

Крок 1. Включення ЗОЗ у регіональний розподіл

Згідно з комплексним планом [34] обласні УОЗ повинні здійснювати контроль за розподілом і цільовим використанням препаратів для профілактики та лікування ОІ. Препарати постачаються в заклади відповідно до механізму, передбаченого наказом або листом УОЗ, – через обласний центр СНІДу.

Крок 2. Матеріально-технічне забезпечення

Лікарські засоби в ЗОЗ повинні зберігатися відповідно до встановлених вимог [143].

Крок 3. Виконання нормативних вимог та облік

¹⁴⁵ Наказ МОЗ України від 26.03.2003 № 136 «Про порядок відображення в обліку операцій з централізованого постачання матеріальних цінностей».

Система предметно-кількісного обліку препаратів для лікування ОІ повинна відповідати чинному наказу про розподіл препарату. В останньому наказі про розподіл¹⁴⁶ передбачено подання попередження про кількість препаратів. У комплексному плані [34] затверджені форми звітності щодо кількості осіб, яким проводили профілактику або лікування, отримання, використання та залишків препаратів.

Варіант 2. Закупівля за рахунок пацієнта

У зв'язку з тим що деякі препарати можуть бути доступні в аптечній мережі, за відсутності централізованого постачання цих препаратів пацієнти можуть придбати їх за власні кошти самостійно. При цьому слід підкреслити, що не всі категорії пацієнтів мають необхідні кошти для придбання ліків.

Варіант 3. Закупівля за рахунок позабюджетних коштів закладу

Деякі препарати, що застосовуються для лікування та профілактики ОІ, можуть бути придбані за рахунок позабюджетних коштів закладу.

Варіант 4. Закупівля за рахунок донорських коштів

У регіонах можуть реалізовуватися проекти з надання послуг для уразливих груп населення (діяльність НУО), одним із напрямів яких є забезпечення оплати різних медикаментів і доставки їх клієнтам з метою забезпечення прихильності до лікування.

Забезпечення препаратами для лікування та хіміопротифілактики туберкульозу

Компонент послуг [11](#), [12](#)

Наразі препарати для лікування та профілактики туберкульозу централізовано закуповуються за кошти державного бюджету. Кожна поставка розподіляється згідно з наказом МОЗ за територіальним принципом, після чого територіальні УОЗ визначають кінцевих одержувачів і порядок розподілу препаратів по підпорядкованих ЗОЗ. Деякі із цих препаратів також доступні для придбання в аптечній мережі.

Для забезпечення пацієнтів ЗОЗ препаратами для лікування туберкульозу можна використати наступні варіанти.

Варіант 1. Централізоване постачання

Крок 1. Постачання з обласних протитуберкульозних закладів

Відповідно до наказів МОЗ про розподіл протитуберкульозних препаратів¹⁴⁷ обласні УОЗ повинні здійснювати контроль за розподілом і цільовим використанням препаратів для профілактики та лікування ТБ. Препарати постачаються в заклади за механізмом, визначеним наказом або листом УОЗ. Типовий порядок передбачає постачання препаратів з обласних протитуберкульозних закладів у районні відділення, звідки препарат потрапляє до ДОТ-кабінетів, ФАПів, інших установ, де здійснюється видача препаратів пацієнтам. Таким чином, для того щоб ЗОЗ було включено до плану розподілу, потрібно налагодити співпрацю з районною установою протитуберкульозної служби та забезпечити включення закладу в плани щодо розподілу препарату.

¹⁴⁶ Наказ МОЗ України від 08.04.2009 № 222 «Про розподіл препаратів для лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, закуплених у 2009 році за компонентом «ВІЛ/СНІД» проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні».

¹⁴⁷ Наказ МОЗ України від 08.09.2010 № 760 «Про розподіл протитуберкульозних препаратів I та II ряду, закуплених за рахунок коштів Державного бюджету України на 2010 рік».

Для попереднього замовлення протитуберкульозних препаратів I ряду для стаціонарних хворих адміністрація ЗОЗ подає заявку до регіонального протитуберкульозного закладу згідно з визначеним МОЗ України переліком. Потреба визначається за кількістю хворих на туберкульоз, які пролікувались у відділенні за минулий рік. Ця установа включає потребу в заявці від області на закупівлю протитуберкульозних препаратів за кошти державного бюджету. Протитуберкульозні препарати II ряду видаються територіальним протитуберкульозним диспансером для конкретного пацієнта за рішенням ЦЛКК.

Існує також можливість нерегулярної передачі препаратів I та II ряду з протитуберкульозних диспансерів до інших ЗОЗ для потреб конкретних пацієнтів. Якщо в закладі діє ДОТ-кабінет, згідно з п. 3.2 положення [48] за постачання препаратів відповідає районний фтизіатр.

Крок 2. Матеріально-технічне забезпечення

Лікарські засоби в ЗОЗ повинні зберігатися відповідно до встановлених вимог [143]. В умовах ДОТ-кабінету необхідно забезпечити можливість зберігання місячної норми препаратів для кожного хворого [48].

Крок 3. Виконання нормативних вимог та облік

Система предметно-кількісного обліку протитуберкульозних препаратів повинна відповідати чинному наказу про розподіл препарату. В останньому наказі про розподіл передбачено подання актів списання [145] препаратів. ДОТ-кабінети подають звіти про використання препаратів районному фтизіатру [48].

Варіант 2. Закупівля за рахунок пацієнта

У зв'язку з тим що деякі препарати можуть бути доступні в аптечній мережі (канаміцин, фторхінолони), у разі відсутності їх централізованого постачання пацієнти можуть придбати ці лікарські засоби за власні кошти самостійно. Слід підкреслити, що не всі категорії пацієнтів мають необхідні кошти для придбання ліків.

Варіант 3. Закупівля за рахунок позабюджетних коштів закладу

Деякі препарати, що застосовуються для лікування туберкульозу, можуть бути куплені за рахунок позабюджетних коштів закладу.

Забезпечення препаратами для лікування вірусних гепатитів

Компонент Послуги [21](#)

Сьогодні препарати для лікування ВГ доступні для придбання приватними особами, а також надаються закладам за національним розподілом для лікування ВІЛ-інфікованих осіб або за обласним розподілом у рамках реалізації обласних програм «Вірусні гепатити». Відповідно, з метою забезпечення препаратами для лікування гепатитів можна використати наступні варіанти.

Варіант 1. Централізоване постачання для потреб ВІЛ-інфікованих пацієнтів

МОЗ проводить розподіл невеликої кількості препаратів, закуплених за кошти Світового банку, для лікування ВГ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Одержувачами препаратів є обласні центри СНІДу. Отже, потрібно налагодити співпрацю з обласним центром СНІДу та забезпечити включення пацієнта до списку потенційних кандидатів.

Якщо буде профінансовано Державну цільову програму з лікування гепатитів, така терапія буде доступною для інших категорій пацієнтів за механізмом централізованого розподілу.

Варіант 2. Постачання за рахунок регіональної програми

У деяких областях України діють регіональні програми «Вірусні гепатити», у рамках яких передбачена закупівля певної кількості курсів для лікування ВГ. Розподіл препаратів затверджує регіональне УОЗ, ця ж структура визначає одержувача препаратів. Таким чином, для забезпечення пацієнта лікуванням потрібно налагодити співпрацю з одержувачем препаратів і забезпечити включення пацієнта до списку потенційних кандидатів.

Варіант 3. Закупівля за рахунок пацієнта

У зв'язку з тим що препарати для лікування ВГ доступні для придбання приватними особами, у разі відсутності централізованого постачання пацієнти можуть самостійно їх купити. Проте з огляду на надзвичайно високу вартість зазначених лікарських засобів цей варіант видається лише теоретично можливим.

Забезпечення препаратами для лікування ІПСШ

Компонент послуги [29](#)

Усі препарати, рекомендовані для лікування ІПСШ, доступні в аптечній мережі для придбання приватними особами. З метою покращення доступності лікування деякі види препаратів також постачаються за кошти міжнародних донорів і розподіляються МОЗ в обласні дерматовенерологічні заклади. Відповідно, для забезпечення препаратами для лікування ІПСШ можна використати наступні варіанти.

Варіант 1. Централізоване постачання

Препарати, закуплені за кошти Глобального фонду в рамках гранту 6-го раунду, розподіляються МОЗ для пацієнтів, які належать до груп, уразливих щодо ВІЛ. Одержувачами препаратів є обласні дерматовенерологічні диспансери. Отже, для забезпечення пацієнтів цими препаратами потрібно налагодити співпрацю з обласним шкірвендиспансером та узгодити механізм отримання препаратів пацієнтами.

Варіант 2. Закупівля за рахунок пацієнта

У зв'язку з тим що практично всі необхідні препарати можуть бути доступні в аптечній мережі, у разі відсутності централізованого постачання пацієнти можуть самостійно придбати ці лікарські засоби. Слід підкреслити, що не всі категорії пацієнтів мають необхідні кошти для придбання ліків.

Варіант 3. Закупівля за рахунок позабюджетних коштів закладу

Деякі препарати, що застосовуються для лікування та профілактики ІПСШ, можуть бути закуплені за рахунок позабюджетних коштів закладу.

Забезпечення препаратами для замісної підтримувальної терапії

Компонент послуги [16](#)

Наразі препарати для ЗПТ постачаються в Україну за кошти міжнародних донорів як гуманітарна допомога. Кожна поставка розподіляється згідно з наказом МОЗ за територіальним принципом. Територіальні УОЗ, у свою чергу, визначають кінцевих одержувачів і порядок розподілу препаратів по підпорядкованих ЗОЗ.

Для забезпечення пацієнтів препаратами ЗПТ можливо використати один або декілька наступних варіантів.

Варіант 1. Централізоване постачання

Відповідно до розподілу, який МОЗ здійснює за територіальним принципом, УОЗ визначають своїми наказами аптечний заклад, що отримує препарат від дистриб'ютора (наразі це Державна акціонерна компанія «Ліки України»). Потім згідно з графіком розподілу ЗОЗ отримують препарат з аптеки. У деяких регіонах заклади отримують препарат напряму від дистриб'ютора. Щоб отримати препарат за територіальним розподілом, керівництво ЗОЗ повинно звернутися до обласного УОЗ з листом про включення закладу до графік розподілу препаратів. У листі потрібно вказати обґрунтовану кількість пацієнтів, яких заклад планує забезпечити лікуванням. УОЗ може врахувати цю заявку під час чергового

збору потреб, який проводить МОЗ перед розподілом наступної поставки препарату. Якщо препарат потрібен раніше, УОЗ може здійснити перерозподіл у рамках поточної поставки між підпорядкованими закладами.

Постачання від аптечних закладів до лікувально-профілактичних установ здійснюється відповідно до вимог чинного наказу [61].

Варіант 2. Закупівля за рахунок закладу

Оскільки минулого року в Україні було зареєстровано препарати бупренорфіну гідрохлориду двох національних виробників, ці лікарські засоби можуть бути доступними для придбання закладами охорони здоров'я.

Варіант 3. Екстрене забезпечення

Цей варіант застосовується для забезпечення препаратом пацієнтів, які отримують ЗПТ і потрапляють на стаціонарне лікування до іншого закладу. У чинних нормативних актах наразі не описаний механізм передачі наркотичних препаратів між ЗОЗ, тому УОЗ може передбачити зберігання на аптечному складі певного запасу препарату, що може бути розподілений в екстремому порядку в ЗОЗ, де перебуває пацієнт. Механізм та узгодження поставки повинні бути заздалегідь затверджені наказом УОЗ. Також цей наказ може передбачати передачу інформації від основної програми ЗПТ до закладу, де перебуває пацієнт, і виїзд лікуючого лікаря для консультації.

Варіант 3. Забезпечення за рецептом

Згідно з наказом¹⁴⁸ препарати ЗПТ можуть відпускатися пацієнтам в аптечних установах за рецептами. Цю можливість потрібно передбачити в наказі УОЗ про регіональний розподіл препаратів. У наказі потрібно зазначити назву аптечної установи, що виконуватиме ці функції, та кількість препарату, яка має відпускатися за рецептами щомісяця.

Забезпечення вакциною проти вірусного гепатиту В

Компонент послуги [22](#)

Наразі вакцина проти ВГВ доступна для придбання приватними особами, закладами охорони здоров'я, а також постачається до ЗОЗ у рамках реалізації обласних програм «Вірусні гепатити». Відповідно, для забезпечення препаратами для лікування гепатитів можна використовувати наступні варіанти.

Варіант 1. Постачання за рахунок регіональної програми

Крок 1. Включення ЗОЗ як виконавця до регіональної програми

У деяких областях України діють регіональні програми «Вірусні гепатити», у рамках яких передбачена закупівля вакцини проти гепатиту В. Розподіл вакцини затверджує регіональне УОЗ, ця ж структура визначає одержувача вакцини. Таким чином, для забезпечення вакцинації заклад потрібно включити до числа виконавців програми в частині вакцинації.

Крок 2. Забезпечення транспортування та зберігання

¹⁴⁸ Наказ МОЗ України від 19.07.2005 № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і вироби медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень».

Транспортування та зберігання вакцин потребує дотримання спеціальних умов, описаних у порядку¹⁴⁹. Цей порядок також передбачає оформлення акту прийому-передачі імунобіологічних препаратів.

Варіант 2. Закупівля за рахунок позабюджетних коштів закладу

Крок 1. Придбання вакцини

Вакцина проти гепатиту В може бути закуплена за рахунок позабюджетних коштів закладу для забезпечення потреб пацієнтів.

Крок 2. Забезпечення транспортування та зберігання

Транспортування та зберігання вакцин потребує дотримання спеціальних умов, описаних у порядку [149]. Цей порядок також передбачає оформлення акту прийому-передачі імунобіологічних препаратів.

Варіант 3. Закупівля за рахунок пацієнта

У зв'язку з тим що вакцина проти гепатиту В доступна для придбання приватними особами, у разі відсутності централізованого постачання пацієнти можуть придбати її самостійно. Реалізація вакцини громадянам здійснюється згідно з встановленим порядком¹⁵⁰.

Видача препаратів під контролем медичного працівника

Компонент послуг [4](#), [11](#), [12](#)

Цей механізм застосовується для проведення контрольованого лікування препаратами, що потребують високого рівня прихильності (протитуберкульозні засоби, АРТ).

Варіант 1. На базі закладу

Крок 1. Підготовка персоналу

Медичний працівник, який здійснює видачу препарату, повинен пройти спеціальний інструктаж, володіти інформацією про важливість контрольованого прийому ліків, знати методику застосування препаратів і мати навички консультування з прихильності.

Крок 2. Матеріально-технічне забезпечення та облік

У кабінеті повинно бути облаштоване як мінімум одне робоче місце середнього медичного працівника, слід також забезпечити наявність шафи або тумби для зберігання препаратів. Більш докладно умови оснащення ДОТ-кабінету для амбулаторного лікування туберкульозу розглянуті в п. 10 положення [48]. Також облаштування кабінету повинно відповідати загальним принципам інфекційного контролю [44].

У кабінеті контрольованого лікування ведеться документація, передбачена стандартами та протоколами, що регулюють цей вид лікування. У разі терапії туберкульозу на кожного пацієнта, крім стандартної медичної документації, заповнюється медична карта лікування хворого на туберкульоз (форма ТБ 01) [46], в якій відмічається щоденний прийом препарату.

Заходи із психосоціального супроводу та консультування

Компонент послуг [5](#), [11](#), [16](#), [21](#), [22](#), [26](#), [33](#), [34](#), [36](#), [37](#)

¹⁴⁹ «Порядок забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку медичних імунобіологічних препаратів в Україні», затверджений Наказом МОЗ України від 03.02.2006 № 48 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».

¹⁵⁰ «Порядок відпуску громадянам медичних імунобіологічних препаратів», затверджений Наказом МОЗ України від 03.02.2006 № 48 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів».

Психосоціальний супровід є важливим компонентом багатьох послуг. Супровід є багатогранним поняттям і включає різноманітні види діяльності, багато з яких можуть проводитися поза межами ЗОЗ.

З організаційної точки зору, проведення супроводу в першу чергу передбачає роботу з клієнтом у форматі індивідуального або групового консультування. Незалежно від змісту консультування існує два можливі варіанти організації.

Варіант 1. Забезпечення супроводу силами власного персоналу

Крок 1. Залучення персоналу

Найчастіше проведення заходів із психосоціального супроводу є завданням психолога або соціального працівника. Якщо в штаті закладу немає психолога або соціального працівника, який може забезпечити супровід необхідної кількості клієнтів, існують декілька варіантів залучення такого фахівця ([на стор 71](#)).

Крок 2. Підготовка персоналу

Наразі в нормативній базі немає кваліфікаційних вимог до персоналу, який здійснює психосоціальний супровід. Існують тренінгові програми, у рамках яких готують соціальних або медичних працівників для проведення різних видів психосоціальних заходів. Такі тренінги на регулярній основі проводять з питань супроводу ЗПТ (Український інститут досліджень політики щодо громадського здоров'я, www.uiphp.org.ua) та супроводу АРТ (Національний тренінговий центр, www.hivtri.org.ua).

Крок 3. Матеріально-технічне забезпечення

Потрібно пам'ятати, що керівництво закладу має створити адекватні матеріально-технічні умови для роботи психолога або соціального працівника, що включає належно обладнане та оснащене приміщення, яке дозволяє забезпечити дотримання вимог конфіденційності.

Варіант 2. Організація супроводу через співпрацю з іншою організацією

Якщо неможливо забезпечити психосоціальний супровід силами власного персоналу, то слід забезпечити такий супровід через співпрацю з іншою організацією, що має відповідно підготовлених працівників.

Крок 1. Визначення партнера

Послуги із психосоціального супроводу можуть надавати спеціалісти регіональних відділень Державної соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді на підставі відповідного наказу [119]. Також у багатьох регіонах працюють ВІЛ-сервісні НУО, які реалізують проекти із супроводу уразливих груп населення та/або ВІЛ-інфікованих, що фінансуються за благодійні або інші кошти.

Крок 2. Укладання договору про співпрацю

Для визначення умов співпраці та відповідальності сторін потрібно підписати договір про співпрацю.

Крок 3. Забезпечення умов для проведення роботи

Умовою для ефективного супроводу є проведення його на території закладу, тому ЗОЗ повинен забезпечити приміщення, пристосоване для необхідного формату роботи (індивідуального або групового).

Електрокардіографія

Компонент послуг [3](#), [21](#), [25](#), [26](#), [31](#)

Електрокардіографічне дослідження є компонентом деяких послуг, а також може розглядатися як самостійна послуга.

Варіант 1. Використання власного обладнання

Крок 1. Матеріально-технічне забезпечення

Якщо в закладі є апарат ЕКГ, доцільно використовувати наявний ресурс. Якщо необхідного устаткування немає або його пропускної здатності не вистачає, придбання апарату можливе:

- за кошти закладу (бюджетні або позабюджетні);

- – за рахунок донорських організацій.

Виділення окремого приміщення не обов'язкове, тому що більшість наявних апаратів мобільні, але в умовах амбулаторного прийому для проведення дослідження потрібна кушетка.

Крок 2. Кадрове забезпечення

Зняття електрокардіограми виконується середнім медичним персоналом, який має відповідні навички.

Інтерпретувати результати може лікуючий лікар; у разі сумнівного діагнозу можливе залучення терапевта або кардіолога для консультації за одним із визначених механізмів ([на стор 69](#)).

Варіант 2. Використання мобільного апарату іншого закладу

Крок 1. Встановлення партнерства

Закладом-партнером доцільно обирати найближчий ЗОЗ, що має апарат ЕКГ. Для визначення умов співпраці та сфер відповідальності сторін потрібно підписати договір про співпрацю.

Крок 2. Забезпечення приміщення та визначення графіку роботи

Виділення окремого приміщення не обов'язкове, тому що більшість наявних апаратів мобільні, але в умовах амбулаторного прийому для проведення дослідження потрібна кушетка.

Ультразвукове дослідження

Компонент послуг [3](#), [20](#), [24](#), [25](#), [26](#), [31](#)

Ультразвукове дослідження є компонентом деяких послуг, а також може розглядатися як самостійна послуга.

Варіант 1. Використання власного апарату

Крок 1. Матеріально-технічне забезпечення

Якщо в закладі є власний апарат УЗД, доцільно використовувати наявний ресурс. Якщо необхідного устаткування немає або його пропускну здатності не вистачає, придбання апарату можливе:

- – за кошти закладу (бюджетні або позабюджетні);
- – за кошти централізованого постачання МОЗ (УОЗ) як високовартісного обладнання;
- – за рахунок донорських організацій.

Якщо заклад створює окремий кабінет для УЗД, він повинен відповідати умовам, описаним у типовому положенні¹⁵¹.

Крок 2. Кадрове забезпечення

УЗД проводиться лікарем, який має спеціальну підготовку. Відповідно до передбачуваного навантаження лікаря можна залучити за одним із визначених механізмів ([на стор 69](#)). Кадрове забезпечення кабінету УЗД описане в типовому положенні [155].

Крок 3. Забезпечення якості та безпеки досліджень

Керівник закладу несе відповідальність за забезпечення якості та безпеки ультразвукових досліджень. Під час виконання досліджень потрібно дотримуватися вимог щодо якості та норм часу на проведення

¹⁵¹ «Положення про відділення (кабінет) ультразвукової діагностики», затверджене Наказом МОЗ України від 28.11.1997 № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».

досліджень, затверджених наказом¹⁵². Проведені дослідження реєструються в спеціальному журналі, після чого заповнюється щоденник згідно з формами, затвердженими наказом¹⁵³.

Варіант 2. Використання портативного апарату іншого закладу

Якщо міський ЗОЗ має портативний апарат, можливе використання такого варіанту, при цьому партнерський заклад повинен направити разом з апаратом і лікаря, який на працює на цьому апараті.

Крок 1. Встановлення партнерства

Закладом-партнером доцільно обирати найближчий ЗОЗ, який має апарат ЕКГ. Для визначення умов співпраці та сфер відповідальності сторін потрібно підписати договір про співпрацю.

Крок 2. Забезпечення приміщення та визначення графіку роботи

Виділення окремого приміщення не обов'язкове, тому що більшість наявних апаратів мобільні, але в умовах амбулаторного прийому для проведення дослідження потрібна кушетка.

Туберкулінова проба

Компонент послуг 3, 8

Туберкулінові проби становлять основу туберкулінодіагностики. Внутрішньошкірна туберкулінова проба Манту з 2 ТО (туберкуліновими одиницями) очищеного туберкуліну (ППД-Л) в стандартному розведенні – специфічний діагностичний тест, що застосовується для масових обстежень населення на туберкульоз, а в клінічній практиці – для діагностики і диференціальної діагностики туберкульозу.

Методологія проведення проби, показання та протипоказання детально описані в інструкціях [28, 29] і в порядку [30], який має замінити інструкцію [29]. Практичні кроки для впровадження проби є наступними.

Крок 1. Забезпечення туберкуліном

Найчастіше туберкулін закуповується за рахунок коштів державного або місцевого бюджетів і потім передається в ЗОЗ для обстеження цільових груп населення відповідно до річного плану туберкулінодіагностики, який складається санітарно-епідеміологічними станціями разом із протитуберкульозними диспансерами. Для отримання туберкуліну за централізованим розподілом слід подати заявку в територіальні УОЗ і СЕС з розрахунком необхідної кількості (залежно від кількості пацієнтів у програмі) та забезпечити включення закладу до плану туберкулінодіагностики. Методика розрахунку описана в інструкції [29] та в порядку [30], який має замінити цю інструкцію.

Можливий також варіант перерозподілу туберкуліну з протитуберкульозних закладів і закупівля туберкуліну за залучені позабюджетні кошти закладу.

Крок 2. Зберігання і транспортування туберкуліну

Зберігають туберкулін у закритих сухих темних приміщеннях за температури від +2 до +8 °С (у холодильниках). Транспортують усіма видами критого транспорту в умовах, що унеможливають заморожування та нагрівання препарату до температури понад +18 °С. У разі порушення правил зберігання туберкуліну під час його використання з діагностичною метою можна отримати хибнонегативний результат реакції. Термін придатності – 12 місяців.

Крок 3. Кадрове забезпечення та підготовка персоналу

¹⁵² «Рекомендовані розрахункові норми часу на проведення ультразвукових досліджень», затверджені Наказом МОЗ України від 28.11.1997 № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».

¹⁵³ Наказ МОЗ України від 29.12.2000 № 369 «Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)».

Постановка проби Манту здійснюється лікарем або спеціально навченою медичною сестрою під наглядом лікаря. Згідно з інструкцією [28] підготовка медичних сестер для проведення проби Манту з 2 ТО туберкуліну проводиться медичним персоналом протитуберкульозних диспансерів (лікарем, кваліфікованою медичною сестрою). Заклад, у якому проводилося таке навчання, надалі може провести спостереження за дотриманням вимог медсестрою і видати відповідну довідку-допуск строком на 1 рік.

Результати туберкулінової проби згідно з методикою, описаною в інструкціях [28, 29], оцінює лікар або медична сестра, яка проводила цю пробу.

Крок 4. Матеріально-технічне та нормативне забезпечення

Туберкулінодіагностика проводиться в маніпуляційній або в іншому кабінеті, де для цього виділяється окремий стіл. Вимоги до інструментарію та витратних матеріалів (шприців, біксів, пінцетів, лінійок, дезінфектантів) викладені в інструкції [29] та в порядку [30], який має замінити цю інструкцію. Результат проби описується відповідно до інструкції [29] в амбулаторній карті і карті диспансеризації (форма № 131/с).

Рентгенологічне обстеження/флюорографія

Компонент послуг [3](#), [4](#), [9](#), [11](#), [12](#), [25](#), [26](#), [31](#)

Рентгенологічне дослідження є складовою багатьох послуг, а також може розглядатися як самостійна послуга.

Варіант 1. З використанням власного рентгенівського або флюорографічного апарату

Крок 1. Забезпечення обладнанням та матеріально-технічне забезпечення

Якщо в закладі є власний апарат, доцільно використовувати наявний ресурс. Якщо необхідного устаткування немає або його пропускну здатності не вистачає; придбання апарату можливе:

- – за кошти закладу (бюджетні або позабюджетні);
- – за кошти централізованого постачання МОЗ (УОЗ) як високовартісного обладнання;
- – за кошти місцевого або державного бюджету в рамках виконання поточної Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз;
- – за рахунок донорських організацій.

У процесі облаштування кабінетів для встановлення рентгенівського обладнання потрібно дотримуватися будівельних [127] і санітарних¹⁵⁴ норм. Кабінети рентгендіагностики та флюорографії повинні відповідати умовам типових положень^{155, 156}.

Закупівля рентгенівської та флюорографічної плівки і реактивів проводиться відповідно до передбаченого державного та місцевого бюджету і передається в заклади, в яких проводяться ці обстеження.

Крок 2. Кадрове забезпечення

Штат кабінетів рентгендіагностики та флюорографії описано в типових положеннях [155]. Згідно з Наказом [11] практично всі типи ЗОЗ за наявності обладнання можуть вводити посади лікарів-рентгенологів і рентген-лаборантів. Посаду лікаря-рентгенолога можливо ввести в штатний розпис закладу згідно з

¹⁵⁴ «Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур», затверджені наказом МОЗ України від 04.06.2007 № 294 «Про затвердження Державних санітарних правил і норм «Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур».

¹⁵⁵ «Положення про кабінет рентгенодіагностики», затверджене Наказом МОЗ України від 28.11.1997 № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».

¹⁵⁶ «Положення про кабінет флюорографії», затверджене Наказом МОЗ України від 28.11.1997 № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».

нормативами навантаження, або ж можна залучити фахівця з іншого закладу на частину ставки одним із описаних механізмів ([на стор 69](#)).

Крок 3. Забезпечення якості та безпеки досліджень

Керівник закладу несе відповідальність за забезпечення якості та безпеки рентгенологічних досліджень. Вимоги щодо радіаційної безпеки пацієнтів містяться в санітарних нормах [154]. Також під час виконання досліджень потрібно додержуватися вимог щодо якості та норм часу на проведення досліджень, затверджених наказом¹⁵⁷.

Варіант 2. Обстеження в найближчому закладі

Наказом територіального УОЗ можна визначити лікувальний заклад, у якому будуть проводити на безоплатній основі оглядову рентгенографію пацієнтам, які направляються на це обстеження лікарями центрів СНІДу або іншими спеціалістами.

Варіант 3. Обстеження за допомогою мобільного флюорографа

Зручним варіантом забезпечення рентгенологічного обстеження для скринінгу на туберкульоз є використання мобільного флюорографа, що є в розпорядженні територіального протитуберкульозного диспансеру. Для цього потрібно погодити графік виїздів із керівництвом диспансеру та затвердити його спільним наказом або наказом УОЗ. У наказі потрібно зазначити механізм забезпечення рентгенівською плівкою. За допомогою мобільного флюорографа за один виїзд можна обстежити 50–80 пацієнтів.

Збір мокротиння

Компонент послуг [3](#), [4](#), [10](#), [11](#), [12](#)

Збір мокротиння є переданалітичним етапом мікроскопічного та бактеріологічного обстеження на туберкульоз. Методика збору мокротиння не є складною, і ЗОЗ будь-якого рівня може організувати його на власній базі. Аналітичний етап дослідження може виконуватись або у власній лабораторії (пункт мікроскопії мокротиння – I рівень діагностики туберкульозу) або транспортуватись у лабораторію іншого закладу (для бактеріологічних досліджень – II–III рівень діагностики туберкульозу). У процесі організації збору мокротиння потрібно здійснити наступні кроки.

Крок 1. Організація пункту збору мокротиння

Збір мокротиння для мікроскопії можна проводити в спеціально відведеному приміщенні лікувально-профілактичного закладу, яке добре вентилюється, або на відкритому повітрі на спеціально відведеній території (також у пунктах обміну шприців або на аутріч-маршрутах). Можливо проводити збір мокротиння вдома у пацієнта.

Закриті приміщення, в яких проводиться збір мокротиння, повинні відповідати санітарно-гігієнічним вимогам, добре провітрюватися, бути устатковані бактерицидними лампами та забезпечені дезінфекційними засобами для знезараження поверхонь предметів і приміщення. Пункти збору мокротиння (в приміщенні або на відкритому повітрі) повинні бути організовані згідно з типовим положенням [43] і стандартом [44].

Крок 2. Забезпечення тарою та витратними матеріалами

Для збору мокротиння передбачені спеціальні контейнери (баночки) для мокротиння, які замовляються ЗОЗ та закуповуються за кошти місцевого бюджету (або регіональної програми боротьби з туберкульозом) відповідно до необхідної кількості обстежень.

¹⁵⁷ «Рекомендовані розрахункові норми часу на проведення рентгенологічних досліджень», затверджені Наказом МОЗ України від 28.11.1997 № 340 «Про удосконалення організації служби променевої діагностики та променевої терапії».

Контейнери повинні бути виготовлені з прозорого міцного матеріалу, загвинчуватися чи щільно закриватися кришками, що забезпечують герметичність, об'ємом не менш ніж 30 мл і діаметром отвору не менш ніж 35 мм. Згідно зі стандартом [44] можна використовувати тільки одноразові контейнери (баночки) для мокротиння; після використання їх знезаражують і спалюють у печі для знешкодження інфікованого матеріалу.

Персонал, який працюють в пункті збору мокротиння в приміщеннях або в бактеріологічній лабораторії, слід забезпечити засобами особистого захисту.

Крок 3. Збереження і транспортування

До відправки в лабораторію на мікроскопічне дослідження зразки мокротиння зберігаються в приміщенні в умовах кімнатної температури не більше 1 години, після чого їх необхідно зберігати в холодильнику. Максимальний термін зберігання в холодильнику – 4 доби. На бактеріологічне дослідження мокротиння відправляється одразу після збирання зразка, або ж цей зразок поміщають у холодильник. Термін зберігання в холодильнику – не більше 1 доби.

Одноразові контейнери (баночки) маркуються та складаються в багаторазовий пластмасовий контейнер з кришкою для транспортування мокротиння в лабораторію I рівня для проведення мікроскопічного дослідження (така лабораторія може бути організована в більшості ЗОЗ). Якщо пацієнту з одного зразка мокротиння необхідно виконати мікроскопічне та бактеріологічне дослідження, то матеріал направляють у лабораторію II або III рівня, розташовану в протитуберкульозних установах. Багаторазовий транспортний контейнер підлягає дезінфекційній обробці після здачі зразків у лабораторію.

Крок 4. Кадрове забезпечення

Медична сестра, яка відповідає за збір мокротиння, маркування зразків та оформлення направлень, повинна пройти спеціальну підготовку. Транспортування зразків здійснюється відповідальною медичною сестрою чи фельдшером. Якщо збір мокротиння проводиться із залученням громадських організацій, транспортування зразків мокротиння в спеціальних контейнерах може проводитися соціальними працівниками чи волонтерами, які пройшли спеціальну підготовку. Доставку мокротиння в лабораторію не можна доручати випадковим людям.

Крок 5. Дотримання методики збору мокротиння та нормативних вимог

Процедура та правила збору мокротиння описані у п. 3.6–3.8 стандарту [44] та в інструкції [134]. Для аналізу мокротиння на КСБ методом мікроскопії мазка за Цілем–Нільсеном збирається 2–3 зразки мокротиння (не менше 2 зразків). Перший зразок мокротиння пацієнт збирає та здає під час відвідування лікувального закладу. Для другого зразка мокротиння контейнер видається хворому додому, він має зібрати мокротиння вранці до сніданку. Третій зразок мокротиння пацієнт здає під час відвідування лікувального закладу. На кожному контейнері надписується номер, присвоєний пацієнту; цей номер зазначається в направленні на дослідження.

На всі зразки оформлюється направлення на дослідження, при транспортуванні декількох зразків додається загальний опис згідно із затвердженими формами [45].

Взяття матеріалу для біопсії печінки

Компонент послуг [21](#), [22](#)

За сучасними алгоритмами обстеження пункційну біопсію печінки вважають золотим стандартом діагностики хронічних захворювань печінки, оскільки це дослідження дає змогу диференціювати діагноз, встановити активність процесу, стадію фіброзу, а також оцінити ефективність терапії та прогноз. Маніпуляція має чіткі показання до виконання.

Варіант 1. На власній клінічній базі

Наразі обладнання для біопсії печінки є в переліку інструментарію тільки для гастроентерологічних кабінетів, які можуть засновуватися в гастроентерологічних центрах або поліклініках районних/міських лікарень¹⁵⁸. Таким чином, упровадження біопсії в закладах інших типів може бути ускладненим.

Крок 1. Забезпечення обладнанням і матеріально-технічне забезпечення

Забір біоптату проводиться в умовах операційної або спеціально облаштованої маніпуляційної кімнати. У процесі облаштування маніпуляційної потрібно дотримуватися будівельних [127] і санітарних [128] норм.

Для проведення біопсії потрібен спеціальний інструментарій. Якщо такого інструментарію немає або його ресурсу не вистачає, придбання устаткування можливе:

- – за кошти закладу (бюджетні або позабюджетні);
- – за кошти місцевого або державного бюджету;
- – за рахунок донорських організацій.

Біопсія печінки проводиться переважно під УЗД-контролем. Організація УЗД описана в окремому розділі ([на стор 93](#)).

Крок 2. Кадрове забезпечення

Для проведення біопсії печінки потрібен лікар-гастроентеролог, який закінчив відповідні курси. Штат гастроентерологічних кабінетів описано в примірному положенні¹⁵⁹ та наказі [11]. Лікаря-рентгенолога можливо включити в штатний розпис закладу згідно з навантаженням, або ж можна залучити фахівця з іншого закладу на частину ставки за одним із описаних механізмів ([на стор 69](#)).

Варіант 2. На базі спеціалізованого закладу за договором

Крок 1. Визначення партнерського закладу

Визначаючи заклад-партнер, слід враховувати відстань, на яку буде потрібно здійснювати транспортування матеріалу. Можливі декілька варіантів співпраці із закладами-партнерами щодо використання їх лабораторій:

- – використання ЗОЗ, що обслуговує прикріплене населення за територіальним принципом (для пацієнтів, які проживають на певній території);
- – використання спеціалізованого закладу, на який покладено функції вищим органом управління охороною здоров'я;
- – використання лабораторної бази іншого ЗОЗ на договірній основі (за оплату).

За будь-якого варіанту бажано укласти договір про співпрацю або затвердити наказ територіального УОЗ, який визначить межі відповідальності та механізм взаємодії між закладами. Оплату послуг, якщо вона потрібна, можна здійснювати за бюджетні або позабюджетні кошти, власні кошти пацієнтів та ін.

Діагностичний огляд з питань репродуктивного здоров'я та ІПСШ

Компонент послуг [24](#), [25](#), [28](#)

Огляд лікаря з метою обстеження на наявність розладів репродуктивної сфери або ІПСШ повинен проводитися з дотриманням особливих умов. У цьому компоненті розглядаються матеріально-технічні аспекти організації діагностичного процесу, а кадрові питання висвітлені в описі послуги.

¹⁵⁸ Наказ МОЗ України від 28.12.2009 № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю».

¹⁵⁹ «Примірне Положення про консультативний гастроентерологічний кабінет», затверджене Наказом МОЗ України від 28.12.2009 № 1051 «Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю».

Існують 2 можливі варіанти організації цього компоненту без застосування переадресування.

Варіант 1. На власній базі

Огляд жінок з питань репродуктивних розладів та ППСШ проводиться в оглядовому кабінеті, якій повинен бути оснащений гінекологічним кріслом. Огляд чоловіків може бути проведений у звичайній оглядовій (або відокремленій частині кабінету лікаря) чи в умовах кабінету андрології. Приміщення для облаштування кабінету може бути виділено в межах амбулаторно-поліклінічного підрозділу, це приміщення повинне відповідати будівельним [127] та санітарним [128] нормам і правилам.

Згідно з примірним табелем¹⁶⁰ гінекологічний кабінет повинен бути оснащений необхідним інструментарієм (дзеркалами, гінекологічними наборами та ін.). Також кабінет повинен мати необхідне устаткування для забору мазка з шийки матки на цитологію, забору матеріалу на ППСШ, забору матеріалу для проведення інших лабораторних досліджень (щіточки, універсальні зонди, ложки Фолькмана, аплікатори тощо).

Оснащення та штатні рекомендації щодо кабінету андрології описані в положенні¹⁶¹.

Варіант 2. На базі мобільної амбулаторії

Гінекологічний огляд та огляд дерматовенеролога можуть проводитися в автомобілях, спеціально облаштованих для цього. В подібних мобільних амбулаторіях працюють лікарі-консультанти відповідної кваліфікації.

Нормативна база, що регулює діяльність мобільних амбулаторій, не затверджена. Наразі координацію діяльності мобільних амбулаторій здійснюють ВІЛ-сервісні НУО в співпраці з центрами СНІДу та дерматовенерологічними диспансерами. Керівництво ЗОЗ може домовитися та включити свій заклад до графіку виїздів мобільної амбулаторії для обслуговування пацієнтів у місці, яке для останніх є найбільш зручним.

Підготовка приміщень для роботи з наркотичними та психотропними засобами

Компонент послуги [16](#)

У вимогах [62] описані два типи приміщень у межах ЗОЗ, що можуть використовуватися в обігу наркотиків: приміщення для зберігання та відділення (пости). Вони відрізняються ступенем захищеності та можливим терміном зберігання препаратів (термін зберігання визначений у порядку обігу наркотичних засобів [61]). Підготовка приміщень може відбуватися за рахунок власних коштів закладу або шляхом фінансування міжнародними донорами.

Варіант 2. Облаштування відділення

Для впровадження зазначеної діяльності ЗОЗ у будь-якому випадку повинен мати відділення або пост, де відбуватимуться використання та відпуск препарату. Тому мінімальним варіантом для виконання ліцензійних вимог є облаштування тільки відділення без окремого приміщення для зберігання (складу). Згідно із чинним порядком обігу [61] у відділеннях можна зберігати тридобовий запас наркотичних і психотропних засобів. У такому разі кожні 3 дні препарат потрібно буде привозити з аптеки, але за деяких умов це може бути доцільним.

Вимоги до облаштування відділення описані у п. 2.1.4 та 3.1.4 вимог [62] та містять опис усіх елементів (стіни, ґрати, двері, вікна, сигналізація тощо).

¹⁶⁰ Наказ МОЗ України від 04.11.2010 № 951 «Про затвердження Примірних табелів оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення (акушерсько-гінекологічна допомога)».

¹⁶¹ «Положення про кабінет андрології», затверджене Наказом МОЗ України від 27.11.1992 № 171 «Про удосконалення сексологічної та андрологічної допомоги населенню України».

Варіант 3. Облаштування приміщення для зберігання та відділення

Більш оптимальним варіантом є облаштування обох типів приміщень – кімнати для зберігання препарату та кабінету відділення, де препарат використовується. Це дозволить зберігати двотижневий запас препарату на базі закладу та зменшити витрати на транспорт. Для забезпечення потреб відділення препарат кожні 3 дні доставляється зі складу закладу.

Облаштування кімнати зберігання описане в п. 2.1.3 та 3.1.3; облаштування відділення описане в п. 2.1.4 та 3.1.4 вимог [62]. Ці пункти містять опис усіх елементів (стіни, ґрати, двері, вікна, сигналізація тощо).

Ліцензування приміщень для впровадження діяльності з обігу наркотичних препаратів

Компонент послуги [16](#)

Абсолютною умовою впровадження ЗПТ на базі закладу є наявність приміщень, підготовлених відповідно до вимог. Існує два варіанти законного провадження діяльності з обігу наркотиків у цих приміщеннях.

Варіант 1. Отримання ліцензії закладом

Ліцензування закладів, що здійснюють діяльність, пов'язану з обігом наркотичних або психотропних засобів, відбувається згідно із Законами України^{162, 163}, Постановою КМУ¹⁶⁴ та іншими нормативними актами. Органом ліцензування є Державна служба України з лікарських препаратів і контролю за наркотиками.

Після підготовки приміщень ЗОЗ повинен отримати погодження МВС¹⁶⁵ та виконати всі інші вимоги стосовно персоналу, будівель та організаційних аспектів, зазначені в ліцензійних умовах¹⁶⁶. Для отримання ліцензії до органу ліцензування потрібно подати заяву про видачу ліцензії за формою додатку 1 до ліцензійних умов [166]. До заяви додається пакет документів відповідно до затвердженого переліку¹⁶⁷. Розгляд заяви здійснюється згідно з визначеними критеріями та в терміни, зазначені на сайті МОЗ¹⁶⁸.

Під час формування пакету документів потрібно переконаватися, що до переліку осіб включені всі співробітники ЗОЗ, які будуть причетні до обігу наркотиків, а до переліку приміщень – усі приміщення, де препарати будуть зберігатися та використовуватися.

Для впровадження ЗПТ у підрозділі, якій має іншу адресу, ніж юридична адреса ЗОЗ, потрібно отримати копію основної ліцензії, для чого подається окрема заява.

¹⁶² Закон України від 15.02.1995 № 60/95-ВР «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори».

¹⁶³ Закон України від 01.06.2000 № 1775-III «Про ліцензування певних видів господарської діяльності».

¹⁶⁴ Постанова КМ України від 05.12.2007 № 1387 «Про затвердження Порядку ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 14 листопада 2000 р. № 1698 і від 4 липня 2001 р. № 756».

¹⁶⁵ Лист МВС України від 22.08.2004 № 40/2-1447 «Про порядок отримання погодження МВС України на діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів».

¹⁶⁶ «Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку», затверджені Наказом МОЗ України від 02.02.2010 № 66 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів».

¹⁶⁷ Постанова КМ України від 04.07.2001 № 756 «Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності».

¹⁶⁸ «Ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», публікація МОЗ України.

Варіант 2. Надання приміщень в оренду закладу, що має діючу ліцензію

Якщо з якихось причин отримати власну ліцензію у необхідні строки неможливо, існує варіант надання підготовлених приміщень в оренду закладу, який вже має ліцензію. Після укладення договору орендар повинен подати до органу ліцензування заяву про видачу копії ліцензії для філії або відокремленого підрозділу за формою додатку 5 до ліцензійних умов [166]. Після її отримання орендар може провадити діяльність на орендованих площах згідно з умовами основної ліцензії.

Таким чином, єдиним практичним кроком у цьому варіанті є складання та підписання договору оренди із ЗОЗ, керівництво якого погодиться на заснування кабінету ЗПТ на орендованих площах. При цьому орендар відповідає за дотримання ліцензійних умов, забезпечує постачання препарату, здійснює призначення, транспортування та видачу препаратів силами власного персоналу.

Залучення консультанта з юридичних питань

Компонент послуги [35](#)

Окрім фахового юриста, консультацію з юридичних питань можуть надавати інші підготовлені спеціалісти.

Варіант 1. Залучення кваліфікованого юриста

Існують три поширені шляхи залучення кваліфікованого юриста.

- Найбільш оптимальним шляхом залучення кваліфікованого юриста є співпраця з правозахисною організацією, яка реалізує проект з надання допомоги уразливим групам.
- У деяких центрах соціальних служб співпрацюють залучені юристи, які також у рамках партнерства можуть надавати послуги СІН і пацієнтам ЗПТ.
- У разі обґрунтованої потреби консультації професійного юриста можливо оплачувати через проект із психосоціального супроводу ЗПТ або АРТ.

Варіант 2. Підготовка з юридичних питань штатного працівника

Можливо підготувати консультанта з-поміж штатних соціальних працівників. При цьому цей працівник повинен мати здібності та бажання, доступ до нормативної бази (наприклад, через Інтернет) та бази даних контактних осіб й організацій, що відповідають за вирішення необхідних питань.

Варіант 3. Залучення волонтера з юридичної клініки

Деякі юридичні навчальні заклади мають так звані юридичні клініки, в яких студенти-практиканти можуть безоплатно надавати консультації з юридичних питань.

Варіант 4. Взаємодія з громадською приймальнею

Деякі міські адміністрації, штаби партійних організацій можуть мати громадські приймальні, які сприяють вирішенню юридичних питань населення. Налагодження співпраці з такою приймальнею може забезпечити полегшений доступ клієнтів до цієї послуги.

Додаток. Перелік документів

№	Тип документу	Орган що видав	Дата	Ресст. номер	Назва документа	Посилання на інтернет	Коментарі
1.	Звіт про дослідження	ВООЗ, УДПГЗ	2009		Оценка доступности комплексных медико-социальных услуг потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) в центрах интегрированной помощи	http://www.uiphp.org.ua/media/789	
2.	Публікація	ВООЗ	2010		Создание центров интегрированной помощи для потребителей инъекционных наркотиков в Украине	http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-and-conditions/hivaids/publications/2010/building-integrated-care-services-for-injection-drug-users-in-ukraine	
3.	Звіт про оцінку	Альянс	2009		Звіт про фармакологічне лікування опіоїдної залежності та інтегрована система охорони здоров'я: Україна		
4.	Звіт про оцінку	УДПГЗ	2009		Оценка предоставления интегрированных услуг в Украине	http://www.uiphp.org.ua/media/1191	
5.	Закон	ВР	19.02.2009	1026-VI	Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009—2013 роки	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1026-17	чинний, без змін
6.	Інструмент оцінки	ВООЗ	2008		Оцінка спроможності лікувально-профілактичного закладу до надання інтегрованої допомоги		
7.	Закон	ВР	23.12.2010	2861-VI	Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2861-17	чинний, без змін
8.	Наказ	МОЗ	19.08.2005	415	Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1404-05	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 22.11.2005 за № 1404/11684
9.	Порядок до наказу	МОЗ	19.08.2005	415	Порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1404-05	чинний, без змін

10.	Проект Настанови до Наказу	МОЗ			Настанова для медичних працівників щодо надання послуг консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію	www.stop-aids.gov.ua/attachments/530_PITC_Nastanova.doc	
11.	Наказ	МОЗ	23.02.2000	33	Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я	http://www.moz.gov.ua/ua/porta/dn_20000223_33n.html	чинний, із змінами і доповненнями, останні зміни згідно Наказу МОЗ від 5.07.2010 № 532
12.	Проект наказу	МОЗ			Про затвердження Типового положення про спеціалізовані формування «Мобільний пункт консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та мобільну амбулаторію консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію та інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСШ) і лікування ПСШ	http://www.stop-aids.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=555:-l-&catid=43:2009-01-16-16-53-55&Itemid=11	проект ще не затверджено
13.	Положення до наказу	МОЗ	25.02.2008	102	Типове положення про кабінет «Довіра»	http://www.moz.gov.ua/ua/porta/dn_20080225_102.html	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 19.03.2008 за № 220/14911
14.	Додаток до протоколу у наказі	МОЗ	19.08.2005	Додаток 1 до п. 12 розд. 4 Наказу 415	Особливості консультування різних груп населення	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1404-05	чинний, без змін
15.	Порядок до постанови	КМУ	18.02.1998	2026	Порядок акредитації спеціальних лабораторій діагностики СНІД	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2026-98-%EF	чинний, без змін
16.	Наказ	МОЗ	22.02.2002	71	Про затвердження Інструкції з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції	http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1039.82.0	чинний, без змін
17.	Наказ	МОЗ	27.08.2009	639	Про затвердження Тимчасового порядку обстеження на ВІЛ-інфекцію із застосуванням швидких тестів, їх використання, зберігання та обліку результатів	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1026-09	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 4.11.2009 за № 1026/17042

18.	Наказ	МОЗ	21.12.2010	1141	«Про затвердження Порядку визначення серологічних маркерів ВІЛ – інфекції та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації, інструкцій щодо їх заповнення»	http://www.nau.kiev.ua/druk.php?name=354179-25012011-0.txt	згідно відповідності з наказом МІО України від 25.01.2011 № 299/5 повернуто у МОЗ України на доопрацювання строком на 1 місяць
19.	Наказ	МОЗ, Держкомстат	24.12.2004	640/663	Про затвердження форм первинної облікової документації та форм звітності з питань ВІЛ-інфекції/СНІД та інструкцій щодо їх заповнення	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0062-05	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 19.01.2005 за № 62/10342
20.	Наказ	МОЗ	28.12.2002	507	Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_507.html	чинний, без змін
21.	Протокол до наказу	МОЗ	12.07.2010	551	Клінічний протокол антиретровірусної терапії віл-інфекції у дорослих та підлітків	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100712_551.html	чинний, без змін
22.	Протокол до наказу	МОЗ	13.04.2007	182	Клінічний протокол діагностики та лікування опортуністичних інфекцій і загальних симптомів у ВІЛ-інфікованих дорослих та підлітків	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070413_182.html	чинний, без змін
23.	Протокол до наказу	МОЗ	03.07.2007	368	Клінічний протокол надання паліативної допомоги; симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070703_368.html	чинний, без змін
24.	Протокол до наказу	МОЗ	28.05.2008	276	Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання - туберкульоз та ВІЛ-інфекцію	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080528_276.html	чинний, без змін
25.	Протокол до наказу	МОЗ	30.12.3008	826	Клінічний протокол діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20081230_826.html	чинний, без змін
26.	Рекомендації до наказу	МОЗ	12.12.2003	580	Методичні рекомендації щодо лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією та антиретровірусною терапією	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20031212_580.html	чинний, із змінами згідно Наказу МОЗ від 13.04.2007 № 182
27.	Наказ	МОЗ	07.04.2008	187	Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо їх заповнення	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080407_187.html	втратив чинність на підставі Наказу МОЗ від 06.08.2010 № 660
28.	Інструкція до наказу	МОЗ	05.04.2006	198	Інструкція про проведення туберкулінодіагностики у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060405_198.html	втратив чинність на підставі Наказу МОЗ від 20.11.2006 № 767

29.	Інструкція	Головдержса нлікар України	19.06.1995		Інструкція щодо медичного застосування алергену туберкульозного очищеного рідкого в стандартному розведенні для внутрішньошкірного застосування	http://salutna23.kiev.ua/priviyki/60-2008-11-16-23-28-28.html	чинний, без змін
30.	Інструкція до наказу	МОЗ	29.07.1996	233	Інструкція про застосування туберкулінових проб	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20030729_233.html	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 17.09.1996 за № 538/1563
31.	Постанова	КМУ	15.02.2006	143	Про затвердження Порядку проведення обов'язкового профілактичного огляду певних категорій населення на виявлення туберкульозу	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=143-2006-%EF	чинний, без змін
32.	Інструкція до наказу	МОЗ	17.05.2008	254	Інструкція про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0524-08	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 12.06.2008 за № 524/15215
33.	Протокол до наказу	МОЗ	09.06.2006	384	Протокол надання медичної допомоги хворим на туберкульоз	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060609_384.html	чинний, без змін
34.	Наказ	МОЗ	04.06.2010	461	Про затвердження Комплексного плану розширення доступу населення до профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування, догляду та підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Україні в II - IV кварталі 2010 року - I кварталі 2011 року	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100604_461.html	чинний, без змін
35.	Стандарт до наказу	МОЗ	19.08.2008	476	Стандарт лікування ВІЛ-позитивних людей, які є споживачами ін'єкційних наркотиків	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080819_476.html	чинний, без змін
36.	Стандарт до наказу	Міністерств о України у справах сім'ї, молоді та спорту	18.12.2008	4941	Стандарт мінімального пакету соціальних послуг, спрямованих на профілактику ВІЛ/ІПСШ та ускладнень, що є супутніми при вживанні ін'єкційних наркотиків	http://www.dcssm.gov.ua/ua/orders.phtml	скасовано згідно з наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 23.11.2010 № 4180

37.	Наказ	Міністерств о України у справах сім'ї, молоді та спорту, Міністерств о праці та соціальної політики України, МОЗ	13.09.2010	3123/27 5/770	Про затвердження стандартів надання соціальних послуг представникам груп ризику	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0903-10	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 8.10.2010 за № 903/18198
38.	Закон	ВР	19.06.2003	966-IV	Про соціальні послуги	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=966-15	чинний, останні зміни 15.12.2009
39.	Протокол до наказу	МОЗ	24.05.2006	318	Протокол по впровадженню DOTC-стратегії в Україні	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060524_318.html	чинний, без змін
40.	Стандарт до наказу	МОЗ	22.10.2008	600	Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20081022_600.html	чинний, без змін
41.	Інструкція до наказу	МОЗ	09.06.2006	385	Інструкція про клінічну класифікацію туберкульозу та її застосування	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060609_385.html	чинний, без змін
42.	Наказ	МОЗ	06.02.2006	50	Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060206_50.html	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 30.05.2006 за № 627/12501
43.	Положення до наказу	МОЗ	06.02.2006	50	Типове положення про пункт збору мокротиння лікувально-профілактичного закладу	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060206_50.html	чинний, без змін
44.	Стандарт до наказу	МОЗ	18.08.2010	684	Стандарт інфекційного контролю за туберкульозом в лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз	http://www.nau.kiev.ua/index.php?page=hotline&file=338924-18082010-0.txt&code=z0803-10	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 10.09.2010 за № 803/18098
45.	Наказ	МОЗ, Держкомста тистика	25.03.2002	112/ 139	Про затвердження форми первинного обліку N 089/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу або його рецидиву» та Інструкції щодо її заповнення	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020325_112_.html	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 29.04.2002 за № 405/6693

46.	Наказ	МОЗ	02.09.2009	657	Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1069-09	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 16.11.2009 за № 1069/17085
47.	Розпорядження	КМУ	24.06.2006	354-р	Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=354-2006-%F0	чинний, без змін
48.	Положення до наказу	МОЗ	07.12.2009	927	Положення про кабінет контрольованого лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1276-09	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 30.12.2009 за № 1276/17292
49.	Закон	ВР	05.07.2001	2586-III	Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2586-14	чинний, останні зміни 16.04.2009
50.	Наказ	МОЗ	21.09.2009	681	Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «наркологія»	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090921_681.html	чинний, без змін
51.	Рекомендації до наказу	МОЗ	10.11.2008	645	Методичні рекомендації «Замісна підтримувальна терапія в лікуванні із синдромом залежності від опіоїдів»	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20081110_645.html	чинний, без змін
52.	Наказ	МОЗ	27.10.2000	271	Про затвердження Критеріїв діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки	http://uazakon.com/document/date_2f/pg_isgaxc.htm	чинний, без змін
53.	Наказ	МОЗ	05.02.2007	59	Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070205_59.html	чинний, без змін
54.	Закон	ВР	22.02.2000	1489-III	Про психіатричну допомогу	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1489-14	чинний, останні зміни 17.09.2007
55.	Закон	ВР	15.02.1995	62/95-ВР	Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=62%2F95-%E2%F0	чинний, останні зміни 22.12.2006
56.	Наказ	МОЗ, МВС, Генпрокуратура, МІО	10.10.1997	306/680/21/66/5	Інструкція про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0534-97	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 5.11.1997 за № 534/2338

57.	Наказ	МЗ СРСР	12.09.1988	704	О сроках диспансерного наблюдения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями	http://www.lawrussia.ru/texts/legal_469/doc469a379x152.htm	чинний, без змін
58.	Наказ	МОЗ	13.04.2005	161	Про розвиток та удосконалення замісної підтримуючої терапії для профілактики ВІЛ/СНІДу серед споживачів наркотиків	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050413_161.html	чинний, останні зміни 3.03.2006
59.	Наказ	МОЗ	20.12.2006	846	Про заходи щодо організації ВІЛ/СНІД профілактики та замісної підтримуючої терапії для споживачів ін'єкційних наркотиків	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061220_846.html	чинний, без змін
60.	Порядок до постанови	КМУ	03.06.2009	589	Порядок провадження діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та контролю за їх обігом	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=589-2009-%EF	чинний, останні зміни 12.10.2010
61.	Порядок до наказу	МОЗ	21.01.2010	11	Порядок обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0347-10	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 27.05.2010 за № 347/17642
62.	Вимоги до наказу	МВС	15.05.2009	216	Вимоги до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0759-09	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 12.09.2009 за № 759/16775
63.	Наказ	МОЗ	27.12.1999	302	Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)	http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=1476	чинний, останні зміни 1.12.2004
64.	Наказ	МОЗ	26.07.1999	184	Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в стаціонарах лікувально-профілактичних закладів	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_19990726_184.html	чинний, останні зміни 13.02.2006
65.	Рекомендації	ХМАПО			Методичні рекомендації з прискореної детоксикації ін'єкційним бупренорфіном		
66.	Протокол до наказу	МОЗ	13.06.2005	271	Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічні гепатити	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html	чинний, без змін
67.	Комплекси обстежень до наказу	МОЗ	28.12.2009	1051	Комплекси діагностичних обстежень та обсяг лікувально-профілактичних заходів диспансерного спостереження за хворими гастроентерологічного профілю	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091228_1051.html	чинний, зміни згідно Наказу МОЗ від 21.09.2010 № 794

68.	Наказ	МОЗ	27.07.1998	226	Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_19980727_226.html	чинний, зміни згідно Наказу МОЗ від 02.04.2010 № 297
69.	Протокол до наказу	МОЗ	13.06.2005	271	Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на цироз печінки	http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?page=3&nreg=v0271282-05	чинний, без змін
70.	Календар щеплень до наказу	МОЗ	03.02.2006	48	Календар профілактичних щеплень в Україні	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0665-06	чинний, останні зміни 17.04.2008, зареєстровано в МЮ України 2.06.2006 за № 665/12539
71.	Положення до наказу	МОЗ	03.02.2006	48	Положення про організацію і проведення профілактичних щеплень	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0666-06	чинний, зареєстровано в МЮ України 2.06.2006 за № 666/12540
72.	Положення до наказу	МОЗ	31.12.2009	1095	Примірне положення про Кабінет щеплень	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091231_1095.html	чинний, без змін
73.	Табель до наказу	МОЗ	31.12.2009	1095	Примірний Табель оснащення Кабінету щеплень	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091231_1095.html	чинний, без змін
74.	Перелік до наказу	МОЗ	03.02.2006	48	Перелік медичних протипоказів до проведення профілактичних щеплень	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060203_48.html	чинний, зареєстровано в МЮ України 2.06.2006 за № 667/12541
75.	Наказ	МОЗ	28.12.2002	503	Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_503.html	чинний, без змін
76.	Нормативи до наказу	МОЗ	28.12.2002	503	Нормативи надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_503.html	чинний, без змін

77.	Наказ	МОЗ	15.12.2003	582	Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20031215_582.html	чинний, останні зміни 3.11.2008
78.	Наказ	МОЗ	31.12.2004	676	Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041231_676.html	чинний, зміни згідно Наказу МОЗ від 3.11.2008 № 624
79.	Наказ	МОЗ	29.12.2005	782	Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20051229_782.html	чинний, зміни згідно Наказу МОЗ від 24.03.2008 № 182
80.	Наказ	МОЗ	03.11.2008	624	Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», Наказу МОЗ від 31.12.2004 року № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20081103_624.html	чинний, без змін
81.	Наказ	МОЗ	06.12.2004	604	Про затвердження клінічних протоколів за спеціальністю «Урологія»	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041206_604.html	чинний, без змін
82.	Наказ	МОЗ	17.01.2005	23	Про затвердження окремих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Урологія»	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050117_23.html	чинний, без змін
83.	Наказ	МОЗ	03.07.2006	431	Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Сексопатологія»	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060703_431.html	чинний, без змін
84.	Наказ	МОЗ	15.06.2007	330	Про удосконалення надання урологічної допомоги населенню України	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070615_330.html	чинний, без змін
85.	Наказ	МОЗ	27.11.1992	171	Про удосконалення сексологічної та андрологічної допомоги населенню України	http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1039.627.0	чинний, без змін

86.	Наказ	МОЗ, МОН, Міністерство у справах сім'ї, молоді та спорту, Державний департамент України з питань виконання покарань, Міністерство праці та соціальної політики України	23.11.2007	740/1030/4154/321/614а	Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих сімей та їх дітей	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1405-07	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 26.12.2007 за № 1405/14672
87.	Додаток до рекомендацій у наказі	МОЗ	28.12.2002	Додаток 17 до рекомендацій у Наказі 503	Особливості функцій сімейного лікаря по наданню акушерсько-гінекологічної допомоги	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_503.html	чинний, без змін
88.	Наказ	МОЗ	14.11.2007	716	Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини»	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20071114_716.html	чинний, без змін
89.	Наказ	МОЗ	13.02.2006	67	Про затвердження форм первинної облікової документації в закладах, що надають медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям, та інструкцій щодо їх заповнення	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0221-06	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 2.03.2006 за № 221/12095
90.	Постанова	КМУ	08.02.1994	66	Про додаткові соціальні гарантії для малозабезпечених сімей з хворими дітьми та з дітьми першого та другого року життя	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=66-94-%EF	чинний, без змін

91.	Наказ	МОЗ	08.05.2009	312	Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090508_312.html	чинний, без змін
92.	Методики до наказу	МОЗ	07.06.2004	286	Методики діагностики, лікування і профілактики інфекцій, які передаються статевим шляхом	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040607_286.html	чинний, зміни згідно Наказу МОЗ від 31.05.2007 № 293
93.	Наказ	МОЗ	30.12.1992	207	Про організацію дерматовенерологічної допомоги населенню України	http://zakon.nau.ua/doc/?code=v0207282-92	чинний, без змін
94.	Наказ	МОЗ	07.06.2004	286	Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040607_286.html	дивись п. №84
95.	Наказ	МОЗ	29.12.1992	204	Про організацію лабораторної діагностики сифілісу в Україні	http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=828	чинний, останні зміни 30.01.1997 року, зареєстровані в МЮ України 19.02.1997 за № 33/1837
96.	Стаття	Журнал "Дерматологія та Венерологія "	2007	1(35)	Протоколи лабораторної діагностики інфекцій, спричинених Neisseria Gonorrhoeae	http://www.medsci.uu.se/klinbakt/stigup/Publications/ARTICLES/article%20archive/036A.pdf	додатково дивись наказ МОЗ від 08.05.09 № 312 (п. 91)
97.	Наказ	МОЗ	12.06.1996	163	Про затвердження Інструкції по діагностиці і лікуванню гонореї та сифілісу	http://lawua.info/bdata2/ukr2833/index.htm	чинний, без змін
98.	Публікація	АМН України	2009		Діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом, в групах населення, уразливих стосовно ВІЛ інфекції	http://www.nbu.gov.ua/portal/chem_biol/Zhdk/2009_1_2/st4.html	

99.	Методичний посібник	МОЗ, Комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам, Український центр СНІД	2009		Моделі організації надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп населення	http://www.aidsalliance.org.ua/ru/ippp/4_Guidelines/g1.pdf	чинний, затверджено профільною проблемною комісією МОЗ та АМН України за фахом «Дерматологія та венерологія», протокол № 6 від 26.12.2008
100.	Методичні рекомендації	МОЗ, АМН України, Український центр наукової медичної інформації та патентно ліцензійної роботи	2009		Особливості лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в групах населення, уразливих стосовно зараженню вірусом імунодефіциту людини (методичні рекомендації)	http://www.aidsalliance.org.ua/ru/ippp/4_Guidelines/g2.pdf	Узгоджено заступником начальника лікувально-організаційного Управління АМН України О.О. Петриченко 15.12.2008; Узгоджено Директором Департаменту розвитку медичної допомоги МОЗ М.П. Ждановою 15.02.2009
101.	Санітарні правила	МОЗ СРСР	29.06.1990	5179-90	Санитарные правила устройства, оборудования и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров	http://www.tehbez.ru/Docum/DocumShow_DocumID_331.html	чинний, без змін
102.	Методичні рекомендації	УДПГЗ	2008		Соціально-психологічна підтримка клієнтів програм замісної підтримувальної терапії	http://www.uiphp.org.ua/media/778	не є нормативним актом

103.	Наказ	МОЗ, Міністерств о праці та соціальної політики України	05.10.2005	308/ 519	Про впорядкування умов оплати праці працівників закладів охорони здоров'я та установ соціального захисту	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1209-05	чинний, останні зміни 6.12.2010, зареєстровано в МЮ України 17.10.2005 за № 1209/11489
104.	Наказ	МОЗ	22.07.1993	166	Про подальше удосконалення системи післядипломної підготовки лікарів (провізорів)	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0113-93	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 27.09.1993 за № 113
105.	Лист	МОЗ	19.02.2009	10.03.6 8/315	Щодо порядку оформлення трудових відносин між закладом охорони здоров'я та лікарем, який залучається для проведення консультацій	http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=8651	без змін, не є нормативним актом
106.	Лист	МОЗ	23.10.2008	10.03.6 8/1698	Щодо оплати праці працівників, які залучаються для проведення консультацій	http://pravo.levonevsky.org/bazaua09/pismo/sbor01/text01729.htm	без змін, не є нормативним актом
107.	Наказ	МОЗ	29.09.2009	694	Про затвердження рекомендованих табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на туберкульоз, залежно від рівня надання медичної допомоги	http://www.moz.gov.ua/ua/porta/dn_20090929_694.html	чинний, без змін
108.	Наказ	МОЗ	19.07.2010	590	Про затвердження рекомендованих табелів оснащення виробами медичного призначення спеціалізованих закладів охорони здоров'я та структурних підрозділів закладів охорони здоров'я, які здійснюють клініко – діагностичні дослідження та надають лікувально-профілактичну допомогу хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД	http://www.moz.gov.ua/ua/porta/dn_20100719_590.html	чинний, без змін
109.	Табель до наказу	МОЗ	05.06.1998	153	Табель оснащення виробами медичного призначення лікувальних та діагностичних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів	http://moz.gov.ua/ua/porta/dn_19980605_153.html	чинний, останні зміни згідно Наказу МОЗ від 11.04.2005 № 158
110.	Наказ	МОЗ	25.02.2008	102	Про функціонування кабінетів «Довіра»	http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0220-08	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 19.03.2008 за № 220/14911

111.	Додаток до наказу	МОЗ	23.02.2000	Додатк и 3 та 52 до Наказу 33	Штатні нормативи медичного, фармацевтичного персоналу і працівників кухонь центральних районних і районних лікарень сільських районів, центральних районних поліклінік сільських районів, міських лікарень і поліклінік (амбулаторій) міст і селищ міського типу з чисельністю населення до 25 тис. чоловік; Штатні нормативи медичного персоналу центрів (відділень) з профілактики та боротьби зі СНІДом	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20000223_33n.html	чинний
112.	Наказ	МОЗ	27.06.2006	421	Про затвердження Типового положення про кабінет «Довіра»	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060627_421.html	чинний
113.	Додаток до наказу	МОЗ	19.08.2005	Додаток 2 до Наказу 415	Підготовка консультантів по ДКТ, перелік тем, обов'язкових під час опрацювання порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу)	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1404-05	чинний
114.	Інструкція до наказу	МОЗ	19.08.2005	415	Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації N 503-1/о «Інформована згода на проходження тесту на ВІЛ»	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1404-05	чинний
115.	Наказ	МОЗ	11.05.2010	388	Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції	http://www.stop-aids.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=485:-388-11052010-q-qq&catid=56:2009-04-10-19-23-12&Itemid=70	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 9.07.2010 за № 499/17794
116.	Наказ	МОЗ	19.04.2006	236	Про організацію впровадження порядку добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (протоколу) в закладах охорони здоров'я	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060419_236.html	
117.	Наказ	МОЗ	14.11.2005	604	Про удосконалення організації надання медико-соціальної допомоги дітям та молоді	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20051114_604.html	чинний, без змін
118.	Наказ	МОЗ	04.08.2006	539	Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20060804_539.html	чинний, без змін

119.	Наказ	МОЗ, Міністерств о України у справах сім'ї, молоді й спорту	17.11.2006	3925/ 760	Про затвердження Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо різних аспектів профілактики ВІЛ/СНІДу	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z1320-06	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 18.12.2006 за № 1320/13194
120.	Наказ	МОЗ	05.06.1998	153	Про затвердження табелів оснащення виробами медичного призначення структурних підрозділів закладів охорони здоров'я	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19980605_153.html	чинний, останні зміни 11.04.2005
121.	Додаток до протоколу у наказі	МОЗ	30.12.2008	Додаток 7 до пункту 2.6 протоколу у Наказі 826	Клінічний протокол діагностики та лікування вірусного гепатиту С у дорослих, хворих на ВІЛ-інфекцію	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20081230_826.html	чинний, без змін
122.	Протокол до наказу	МОЗ	31.12.2004	676	Доброякісні і передракові процеси шийки матки	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20041231_676.html	втратив чинність
123.	Наказ	МОЗ	16.09.2009	673	Про затвердження переліків центрів профілактики і боротьби зі СНІДом для проведення лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією і антиретровірусною терапією та проведення підтверджуючих досліджень в Україні	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090916_673.html	чинний, останні зміни 17.01.2011
124.	Наказ	Держспожив стандарт	29.03.2005	71	Про затвердження Правил уповноваження та атестації у державній метрологічній системі	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0392-05	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 13.04.2005 за № 392/10672
125.	Наказ	МОЗ	19.04.2007	196	Щодо атестації вимірювальних лабораторій закладів, установ та організацій	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070419_196.html	чинний, без змін
126.	Пам'ятка	МОЗ	04.08.2009		Інформація для ліцензіатів, які здійснюють господарську діяльність з медичної практики за лікарськими спеціальностями "клінічна біохімія, клінічна імунологія, клінічна лабораторна діагностика, лабораторна імунологія, бактеріологія, вірусологія"	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/licen2.html	без змін, не є нормативним актом

127.	Будівельні норми	Державний комітет будівництва, архі-тектури та житлової політики України	04.01.2001	ДБН В.2.2-10-2001	Будинки і споруди – заклади охорони здоров'я	http://uazakon.com/document/spart35/inx35764.htm	чинний, без змін
128.	Санітарні правила	МОЗ, Державна санітарно-епідеміологічна служба	28.01.2002	ДСП 9.9.5.-080-02	Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях) мікробіологічного профілю	http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=6667	чинний, без змін
129.	Методичні вказівки	МОЗ СРСР	21.11.1979	1175	Об унификации клинических лабораторных методов исследования (вместе с «Методическими указаниями по применению унифицированных клинических лабораторных методов исследования»)	http://rudocnet.net/medicine2009/bz-sv/med-rqtaa/index.htm	чинний, без змін
130.	Проект наказу	МОЗ			Про затвердження тимчасових галузевих стандартів щодо забезпечення якості клінічних лабораторних досліджень	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100817_0.html	не затверджено
131.	Методичні рекомендації	Головний санітарний лікар України	09.07.2003	24	Про затвердження тимчасових методичних вказівок МОЗ України «Полімеразна ланцюгова реакція для виявлення збудників патологічних процесів		
132.	Методичні рекомендації		2007		Організація роботи лабораторії при дослідженні біоматеріалу методом полімеразної ланцюгової реакції		
133.	Інструкція до наказу	МОЗ	22.02.2002	71	Інструкція з організації роботи лабораторій діагностики ВІЛ-інфекції	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020222_71.html	чинний, без змін
134.	Інструкція до наказу	МОЗ	06.02.2002	45	Інструкція з бактеріологічної діагностики туберкульозної інфекції	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20020206_45.html	чинний, без змін
135.	Постанова	КМУ	17.09.1996	1138	Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1138-96-%EF	чинний, останні зміни 28.07.2010

136.	Наказ	МОЗ	09.06.2003	255	Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на антитіла до ВІЛ, облікової форми N 498/о та інструкції щодо її заповнення	http://moz.gov.ua/ua/portal/d_n_20030609_255.html	чинний, без змін
137.	Наказ	МОЗ	23.09.2004	467	Про затвердження методичних рекомендацій щодо застосування швидких тестів для перевірки крові на інфекційні хвороби, облікової форми та інструкції щодо її заповнення	http://moz.gov.ua/ua/portal/d_n_20040923_467.html	чинний, без змін
138.	Методичні рекомендації	МОЗ, Українській науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології	2006		Використання експрес-тестів на наявність психоактивних речовин у загальномедичній практиці	http://www.simmed.com.ua/news.php?id=8	без змін, не є нормативним актом
139.	Наказ	МОЗ	06.06.2007	304	Про затвердження форми первинної облікової документації щодо застосування швидких тестів у закладах охорони здоров'я та інструкції щодо її заповнення	http://moz.gov.ua/ua/portal/d_n_20070606_304.html	чинний, зміни від 06.08.2010 № 660
140.	Наказ	МОЗ	24.03.2006	158	Про затвердження облікової форми №498-2/о «Результат імунохроматографічного дослідження (СІТО TEST)»	http://moz.gov.ua/ua/portal/d_n_20060324_158.html	чинний, без змін
141.	Наказ	МОЗ	21.09.2010	795	Про розподіл антиретровірусних препаратів для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД та профілактики ВІЛ-інфікування, закуплених за рахунок коштів Державного бюджету на 2010 рік	http://moz.gov.ua/ua/portal/d_n_20100921_795.html	чинний, останні зміни 17.11.2010
142.	Інструмент оцінки	JSI/ DELIVER	2003	Версія 1.1	Інструмент оцінки готовності закладу до впровадження програми розширення доступу до антиретровірусної терапії (АРТ) та вимоги до подальшої підготовки персоналу та розробки систем		адаптовано Міжнародним Альянсом з ВІЛ/СНІД в Україні
143.	Наказ	МОЗ	16.12.2003	584	Про затвердження Правил зберігання та проведення контролю якості лікарських засобів у лікувально-профілактичних закладах	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0275-04	чинний, останні зміни 14.09.2010, зареєстровано в МЮ України 3.03.2004 за № 275/8874

144.	Стандарт до наказу	МОЗ	15.04.2008	205	Базовий стандарт щодо організації впровадження (розширення) антиретровірусної терапії хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД в регіоні	http://triton.moz.gov.ua/ua/main/docs/?docID=9851	чинний, без змін
145.	Наказ	МОЗ	26.03.2003	136	Про порядок відображення в обліку операцій з централізованого постачання матеріальних цінностей	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20030326_136.html	чинний, зміни згідно Наказу МОЗ від 17.06.2004 № 313
146.	Наказ	МОЗ	08.04.2009	222	Про розподіл препаратів для лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД, закуплених у 2009 році за компонентом «ВІЛ/СНІД» проекту «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні»	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090408_222.html	чинний, зміни згідно Наказу МОЗ від 08.09.2010 № 762
147.	Наказ	МОЗ	08.09.2010	760	Про розподіл протитуберкульозних препаратів I та II ряду, закуплених за рахунок коштів Державного бюджету України на 2010 рік	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100908_760.html	чинний, зміни згідно Наказу МОЗ від 19.01.2011 № 19
148.	Наказ	МОЗ	19.07.2005	360	Про затвердження Правил виписування рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків та вимог-замовлень	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0782-05	чинний, останні зміни 22.05.2009, зареєстровано в МЮ України 20.07.2005 за № 782/11062
149.	Порядок до наказу	МОЗ	03.02.2006	48	Порядок забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку медичних імунобіологічних препаратів в Україні	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0670-06	чинний, останні зміни 17.04.2008, зареєстровано в МЮ України 2.06.2006 за № 670/12544
150.	Порядок до наказу	МОЗ	03.02.2006	48	Порядок відпуску громадянам медичних імунобіологічних препаратів	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=z0669-06	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 2.06.2006 за № 669/12543
151.	Положення до наказу	МОЗ	28.11.1997	340	Положення про відділення (кабінет) ультразвукової діагностики	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19971128_340.html	чинний, без змін
152.	Норми до наказу	МОЗ	28.11.1997	340	Рекомендовані розрахункові норми часу на проведення ультразвукових досліджень	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19971128_340.html	чинний, без змін

153.	Наказ	МОЗ	29.12.2000	369	Про затвердження форм медичної облікової документації, що використовується в стаціонарах і поліклініках (амбулаторіях)	http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=1783	чинний, останні зміни 25.03.2002
154.	Вимоги до наказу	МОЗ	04.06.2007	294	Гігієнічні вимоги до влаштування та експлуатації рентгенівських кабінетів і проведення рентгенологічних процедур	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070604_294.html	чинний, без змін, зареєстровано в МІО України 07.11.2007 за № 1256/14523
155.	Положення до наказу	МОЗ	28.11.1997	340	Положення про кабінет рентгенодіагностики.	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19971128_340.html	чинний, без змін
156.	Положення до наказу	МОЗ	28.11.1997	340	Положення про кабінет флюорографії.	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19971128_340.html	чинний, без змін
157.	Норми до наказу	МОЗ	28.11.1997	340	Рекомендовані розрахункові норми часу на проведення рентгенологічних досліджень	http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_19971128_340.html	чинний, без змін
158.	Наказ	МОЗ	28.12.2009	1051	Про надання медичної допомоги хворим гастроентерологічного профілю	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091228_1051.html	чинний
159.	Положення до наказу	МОЗ	28.12.2009	1051	Примірне Положення про консультативний гастроентерологічний кабінет	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20091228_1051.html	чинний
160.	Наказ	МОЗ	04.11.2010	951	Про затвердження Примірних табелів оснащення обладнанням, медичною технікою та виробами медичного призначення (акушерсько-гінекологічна допомога)	http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20101104_951.html	чинний, без змін
161.	Положення до наказу	МОЗ	27.11.1992	171	Положення про кабінет андрології	http://zakon.nau.ua/doc/?uid=1039.627.0	чинний, без змін
162.	Закон	ВР	15.02.1995	60/95-ВР	Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=60%2F95-%E2%F0	чинний, останні зміни 22.12.2007
163.	Закон	ВР	01.06.2000	1775-III	Про ліцензування певних видів господарської діяльності	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1775-14	чинний, останні зміни 19.10.2010
164.	Постанова	КМУ	05.12.2007	1387	Про затвердження Порядку ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, та внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 14 листопада 2000 р. N 1698 і від 4 липня 2001 р. N 756	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1387-2007-%EF	чинний, останні зміни 12.10.2010

165.	Лист	МВС	22.08.2004	40/2-1447	Про порядок отримання погодження МВС України на діяльність, пов'язану з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів	http://www.narko.gov.ua/licenses/normatact/1001.html	без змін, не є нормативним актом
166.	Умови до наказу	МОЗ	02.02.2010	66	Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці І Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку	http://www.moz.gov.ua/ua/portals/dn_20100202_66.html	чинний, без змін, зареєстровано в МЮ України 12.03.2010 за № 213/17508
167.	Постанова	КМУ	04.07.2001	756	Про затвердження переліку документів, які додаються до заяви про видачу ліцензії для окремого виду господарської діяльності	http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=756-2001-%EF	чинний, останні зміни 10.09.2010
168.	Публікація	МОЗ			Ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів	http://www.moz.gov.ua/ua/portals/lic_narkot.html	без змін, не є нормативним актом