

Республика Таджикистан:

*АНАЛИЗ УСТОЙЧИВОСТИ ПРОГРАММ
ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ
АГОНИСТАМИ ОПИОИДОВ В КОНТЕКСТЕ
ПЕРЕХОДА ОТ ДОНОРСКОЙ ПОДДЕРЖКИ
К НАЦИОНАЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ*

Февраль-март 2020 года
Алишер Латыпов

«У многих из нас родители молятся на Эмомали Рахмона и благодарят за то, что он разрешил открыть метадоновую терапию, и их дети сейчас при них, работают, смотрят и ухаживают за ними».
Фокус-группа, г. Душанбе, февраль 2020 г.

Выражение благодарности

Подготовка настоящего анализа была инициирована Евразийской ассоциацией снижения вреда с целью оценки прогресса в достижении устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО) в Республике Таджикистан в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию.

Евразийская ассоциация снижения вреда и автор настоящего отчета хотели бы выразить благодарность участникам программы поддерживающей терапии агонистами опиоидов в Республике Таджикистан и группе национальных экспертов, чья информация, критические замечания, мнения и рекомендации стали существенным вкладом и легли в основу анализа устойчивости программ ПТАО в Таджикистане. Особая благодарность за всестороннюю поддержку выражается сотрудникам проекта «Улучшение благоприятной среды и расширение профилактики, лечения и ухода для сдерживания эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан», реализуемого Программой развития ООН в рамках Программы профилактики ВИЧ в Таджикистане.

Инструменты для проведения оценки и соответствующее руководство были разработаны Евразийской ассоциацией снижения вреда на основе предыдущих рамочных концепций, а также опыта проведения оценки устойчивости и готовности к переходу в сферах ВИЧ, туберкулеза, малярии и снижения вреда. Они в значительной степени опираются на международные подходы и программные рекомендации, касающиеся поддерживающей терапии агонистами опиоидов.

Финансовая поддержка:

Проведение анализа устойчивости программ ПТАО в Республике Таджикистан в 2020 году было профинансировано в рамках механизма технической поддержки Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС).

Финансовая поддержка для подготовки руководства по проведению оценки страновой ситуации в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию была предоставлена Региональным офисом Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА) по Восточной Европе и Центральной Азии в 2019 году.

Рекомендуемый формат цитирования:

Алишер Латыпов. *Республика Таджикистан: Анализ устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию*. Вильнюс, Литва: Евразийская ассоциация снижения вреда, 2020.

Публикация доступна на сайте: <https://harmreductioneurasia.org/ru/>

Контактное лицо:

Иван Варенцов,
Советник ЕАСВ по вопросам устойчивости и перехода
ivan@harmreductioneurasia.org

Алишер Латыпов,
Независимый консультант
alisher_latypov@fulbrightmail.org

Оглавление

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ	3
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	5
РЕЗЮМЕ	7
1. Контекст	17
2. Цель и методология	20
3. Основные результаты: Политика и управление	23
3.1. Политическая приверженность	23
3.2. Управление переходом от донорского на национальное финансирование	29
4. Основные результаты: Финансы и ресурсы	33
4.1. Препараты	33
4.2. Финансовые ресурсы	34
4.3. Человеческие ресурсы	37
4.4. Доказательная база и информационные системы	41
5. Основные результаты: Услуги	44
5.1. Наличие и охват	44
5.2. Доступность	49
5.3. Качество и интеграция	52
6. Выводы и рекомендации	56
7. Список литературы	65
7.1. Использованная литература на таджикском языке	65
7.2. Использованная литература на русском языке	65
7.3. Использованная литература на английском языке	69
7.4. Использованная литература на других языках	70
Приложение 1. Концептуальная рамка оценки устойчивости программ ПТАО	71
Приложение 2. Перечень респондентов, внесших вклад в проведенную оценку	73
Приложение 3. Пакеты медицинских услуг ПТАО и их оплата в странах региона	74
Приложение 4. Предыдущие оценки программ ПТАО в Таджикистане: выявленные недостатки, возможности для улучшения, выводы и рекомендации	76

Список сокращений

АРТ	Антиретровирусная терапия
ВГС	Вирусный гепатит С
ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ГУ РКЦН	Государственное учреждение «Республиканский клинический центр наркологии им. профессора М. Г. Гулямова»
ГУ РЦ СПИД	Государственное учреждение «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом»
ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (также – Глобальный фонд)
ЕАСВ	Евразийская ассоциация снижения вреда
ЗПТМ	Заместительная поддерживающая терапия метадоном (еще один термин для ПТАО)
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МЗ	Министерство здравоохранения
МЗ и СЗН	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
МиО	Мониторинг и оценка
МЮ	Министерство юстиции
НКК	Национальный координационный комитет по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
НПО	Неправительственная организация
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия (еще один термин для ПТАО)
ООН	Организация Объединенных Наций
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПРООН	Программа развития ООН
ПТАО	Поддерживающая терапия агонистами опиоидов
РТ	Республика Таджикистан
СИЗО	Следственный изолятор

СОЛС	Список основных лекарственных средств
ТБ	Туберкулез
УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ФГ	Фокус-группа
ЭРПЗТ	Электронный регистр поддерживающей заместительной терапии
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний США
PEPFAR	Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом

Программа поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО)¹ была начата в Республике Таджикистан в 2010 году при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. По состоянию на 1 января 2020 года в стране функционировало 15 сайтов ПТАО, включая 2 сайта в пенитенциарной системе, которые обслуживали 638 участников программы.

В настоящее время Таджикистан остается в списке стран, соответствующих квалификационным критериям Глобального фонда на получение финансирования по компонентам ВИЧ и ТБ. Более того, согласно классификации Всемирного банка, Таджикистан является единственной страной с низким уровнем дохода во всем регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА), и по имеющимся прогнозам Глобального фонда до 2028 года, страна будет и дальше продолжать получать финансирование (The Global Fund, 2019a; The Global Fund, 2019b). При этом фактический переход с донорской поддержки на национальное финансирование происходит за счет постепенного долгосрочного снижения доступного объема финансирования Глобального фонда на борьбу с ВИЧ в Таджикистане.

В 2019 году Евразийская ассоциация снижения вреда (ЕАСВ) разработала подход и инструменты для проведения страновой оценки, фокусирующиеся непосредственно на устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию.

Данная оценка была проведена в феврале–марте 2020 года. Она охватывает текущую ситуацию, достигнутый прогресс, риски и возможности для обеспечения устойчивости программ ПТАО в Республике Таджикистан с упором на программные аспекты и акцентом на следующих трех областях: политика и управление, финансы и ресурсы, а также услуги. Оценка включает обзорный раздел, анализ прогресса, препятствий и возможностей по каждой из областей, а также общие выводы и рекомендации для государственных министерств и ведомств, национальных координационных органов, специалистов-практиков, гражданского общества, технических партнеров и доноров.

Гранты Глобального фонда для борьбы с ВИЧ/СПИДом были и остаются основным источником финансирования программ ПТАО в Таджикистане. До настоящего времени при финансовой поддержке Глобального фонда были открыты и оборудованы 9 сайтов ПТАО, закупается метадон, необходимое дополнительное оборудование, осуществляются выплаты сотрудникам программы ПТАО (прямые исполнители на местах и руководящий состав), покрываются расходы на обучение и повышение потенциала персонала. Центры по контролю и профилактике заболеваний

¹ Поддерживающая терапия агонистами опиоидов (ПТАО) также известна как опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) или заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ). В Республике Таджикистан также широко употребляются термины «программа поддерживающей заместительной терапии» и «заместительная поддерживающая терапия метадоном». В данной оценке используются термины «ПТАО» и «участники программ ПТАО», а в тех случаях, когда приводятся ссылки на принятые в РТ национальные протоколы, руководства и нормативно-правовые акты – термины, используемые в соответствующих документах.

США /PEPFAR также являются важным источником внешнего финансирования программы, благодаря чему в стране были открыты и продолжают функционировать 4 сайта программы ПТАО. Управление ООН по наркотикам и преступности оказало финансовую поддержку в проведении ремонтных работ и оснащении 2 сайтов программы ПТАО.

В результате проведенной оценки были отмечены следующие **сильные стороны и достижения программы в Республике Таджикистан:**

1. В Республике Таджикистан не существует запретов на проведение ПТАО на законодательном уровне.
2. С момента своего внедрения в качестве пилотного проекта 10 лет тому назад программа ПТАО была существенно расширена в Таджикистане, как с точки зрения охвата людей с опиоидной зависимостью, так и в отношении географической доступности.
3. В стране функционируют уполномоченные органы, которые являются ответственными за реализацию, надзор и координацию развития программ ПТАО.
4. В стране приняты клинические протоколы, руководства, алгоритмы и другие документы регуляторного и операционного характера, которые формируют необходимую среду для реализации программы в соответствии с установленными критериями, порядком и правилами.
5. Метадон и бупренорфин внесены в Список основных лекарственных средств Республики Таджикистан.
6. С момента начала реализации программы в Таджикистане были упрощены критерии приема в программу, а также появилась возможность получать ПТАО в тюрьмах благодаря внедрению программы в пенитенциарную систему.
7. Благодаря поддержке и сотрудничеству с проектами, оказывающими техническую помощь в реализации программы ПТАО, была значительно усовершенствована система сбора и анализа данных и создан Электронный регистр поддерживающей заместительной терапии, который позволяет принимать информированные решения по дальнейшему совершенствованию программы ПТАО.
8. В стране с ноября 2014 года был успешно реализован пилотный проект по обеспечению предоставления интегрированных услуг по ВИЧ, ТБ и ПТАО по принципу «единого окна», благодаря которому у клиентов четырех пилотных сайтов ПТАО, охватывающих около 40 % от общего количества всех участников программ ПТАО, имеется доступ к широкому спектру услуг по профилактике, тестированию, диагностике и лечению ВИЧ и ТБ, мониторингу иммунного статуса, взаимодействию лекарственных средств, их токсичности и эффективности лечения, психосоциальному консультированию, а также услугам по профилактике передозировок.
9. Было обучено значительное количество сотрудников программы ПТАО, что в целом внесло вклад в укрепление систем здравоохранения, в том числе в улучшение взаимодействия и сотрудничества между вертикальными службами (ВИЧ, ТБ, наркология). В связи с тем, что ПТАО финансируется за счет внешних источников как часть ответных действий на ВИЧ, обеспечивается должный уровень координации между этими программами.

Все вышеперечисленное является ярким свидетельством определенной политической поддержки программы ПТАО со стороны государства.

В то же время, проведенная оценка показала, что по всем изученным тематическим областям (политика и управление; финансы и ресурсы; услуги) **в Таджикистане существует умеренный уровень риска для устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию.** Особую озабоченность вызывают следующие индикаторы:

- управление переходом от донорского к национальному финансированию;
- финансовые ресурсы;
- наличие и охват услугами.

По этим трем индикаторам наблюдается высокий уровень риска.

Среди основных **вызовов и препятствий** на пути к достижению большей устойчивости программы ПТАО в Таджикистане можно особо выделить следующие:

1. Национальная система здравоохранения сталкивается с существенными структурными вызовами, в том числе в области финансирования и людских ресурсов здравоохранения.
2. Вклад государства в финансирование программ ПТАО крайне ограничен и связан с оплатой коммунальных расходов и обеспечением помещений для сайтов ПТАО, отремонтированных за счет внешнего финансирования.
3. Программы ПТАО были начаты в стране в рамках национального ответа на ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. По сегодняшний день программы ПТАО рассматриваются именно в таком контексте, а не как важный элемент эффективной наркополитики, основанной на сбалансированном подходе к снижению предложения и спроса на наркотики.
4. План перехода от донорской поддержки к национальному финансированию, разработанный в 2018 году, Правительством пока не принят и затраты по его реализации не просчитаны. Заинтересованные стороны также не согласовали, за счет каких внутренних источников будет финансироваться программа ПТАО в процессе перехода и после его завершения.
5. Отмечается недостаточное привлечение и участие сообщества клиентов программы ПТАО в адвокационных и образовательно-просветительных программах и мероприятиях, направленных на противодействие различным мифам о программах ПТАО и на содействие диалогу по вопросам государственных инвестиций.
6. Начало реализации Закона «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» в 2022 году может создать дополнительные финансовые барьеры для участников программы ПТАО, которые могут быть связаны как с отсутствием необходимых документов для оформления страхования, так и, прежде всего, с отсутствием финансовых средств для оплаты страхования.
7. Несмотря на то, что участие в программе ПТАО является бесплатным для самих клиентов, услуги, связанные с диагностикой и лечением зависимостей от психоактивных веществ, оказываемые в амбулаторных и стационарных условиях специализированными наркологическими учреждениями в Таджикистане, являются платными. Это является

финансовым барьером на этапе вхождения в программу для потенциальных участников с низким уровнем дохода.

8. С финансовой точки зрения, при переходе программ ПТАО на национальное финансирование, сохранение действующей штатной структуры сайтов ПТАО, которая в настоящее время поддерживается за счет выплат из грантов Глобального фонда, будет представлять значительную проблему в связи с ограниченностью расходов на здравоохранение в Таджикистане.

9. Хотя с момента образования Правительством РТ в 2014 году Национального фонда по противодействию ВИЧ и СПИДу прошло немало времени, его потенциал еще далек от полного использования. Возможности для поддержки каких-либо компонентов программ ПТАО за счет средств этого фонда не были изучены.

10. Не используется механизм привлечения работников НПО в программы ПТАО в рамках государственного социального заказа, а само использование системы государственного социального заказа в целом является крайне ограниченным.

11. В настоящее время в программе ПТАО используется только метадон, причем в жидкой форме, которая является значительно дороже порошкообразной. Закупка метадона для программ ПТАО осуществляется в рамках параллельной системы, действующей наряду с национальной системой закупок и поставок.

12. Нет полной преемственности программ ПТАО, и в случае ареста и помещения в изоляторы временного содержания/следственные изоляторы, участники вынужденно прекращают терапию.

13. Как медицинские работники, так и участники программы ПТАО сообщают о притеснениях клиентов ПТАО и злоупотреблениях со стороны отдельных сотрудников правоохранительных органов, которые создают препятствия и отговаривают клиентов от участия в программе ПТАО.

14. Уровень охвата программами ПТАО составляет лишь около 2,9 % от оценочного количества людей, употребляющих инъекционные наркотики, и не отвечает рекомендациям ВОЗ и других международных организаций.

15. Невыдача препарата на дом стабильным клиентам была и остается серьезнейшим программным барьером для адекватного охвата и устойчивости программ ПТАО. Кроме того, в условиях пандемии коронавирусного заболевания COVID-19, неосуществление процедуры выдачи препарата на дом может идти в разрез с рекомендуемыми ВОЗ нефармацевтическими мерами по предотвращению передачи инфекции и требует безотлагательных действий по устранению данного барьера.

16. Постановка на наркологический учет приводит к существенному ограничению основных прав людей, употребляющих наркотики, а также несоблюдению конфиденциальности медицинской информации, что отталкивает многих нуждающихся в ПТАО клиентов от участия в программе.

17. Действующие руководства и протоколы ограничивают участие в программе ПТАО людей моложе 18 лет, что противоречит рекомендациям ВОЗ.

18. Время выдачи препарата на всех сайтах ПТАО (с 7:00 до 12:00) является серьезным барьером для некоторых, в первую очередь трудоустроенных, участников программы.

19. В стране все еще продолжает сохраняться монополия наркологии на предоставление услуг ПТАО, и существующие законодательные и нормативно-правовые акты не содержат прямого и недвусмысленного разрешения врачам общей практики/семейным врачам и врачам других специальностей оказывать эти услуги. Это является основным барьером для децентрализации услуг ПТАО на первичное звено медико-санитарной помощи.

20. Отмечается нехватка и недостаточная мотивация квалифицированных кадровых ресурсов здравоохранения. Остро стоит проблема подготовки психиатров-наркологов. В подробной форме и необходимом объеме, вопросы, связанные с ПТАО, не включены в учебные программы медицинских образовательных заведений.

21. Одним из самых серьезных пробелов с точки зрения качества программ ПТАО в Таджикистане является крайне недостаточное оказание квалифицированной психосоциальной помощи клиентам. Для большинства участников программы очень актуальной является помощь в трудоустройстве и/или приобретении навыков, востребованных на рынке труда, но такая помощь не предоставляется в рамках действующей программы ПТАО.

22. Программа ПТАО, несмотря на свою 10-летнюю историю успешной имплементации в стране, все еще продолжает рассматриваться в качестве пилотной, так как ни в одном из действующих документов не отмечено завершение «пилотной» либо «испытательной» стадии, в рамках которой программа была впервые внедрена в стране.

Ниже приводится сводная таблица, отражающая достигнутый прогресс по обеспечению устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиатов в Республике Таджикистан по трем изученным в ходе оценки тематическим областям.

Тематические области	Индикаторы		
Политика и управление	Умеренный уровень риска	Политическая приверженность	Средняя устойчивость
		Управление переходом от донорского к национальному финансированию	Высокий уровень риска
Финансы и ресурсы	Умеренный уровень риска	Препараты	Средняя устойчивость
		Финансовые ресурсы	Высокий уровень риска
		Человеческие ресурсы	Средняя устойчивость
		Доказательная база и информационные системы	Средняя устойчивость
Услуги	Умеренный уровень риска	Наличие и охват	Высокий уровень риска
		Доступность	Средняя устойчивость
		Качество и интеграция	Средняя устойчивость

На основе результатов проведенной оценки, **предлагаются следующие рекомендации** для обеспечения большей устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию в Таджикистане:

1. Национальному координационному комитету по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией и Координационному совету по профилактике злоупотребления наркотиками в Республике Таджикистан:

- 1.1. Рассмотреть возможность проведения специального совместного заседания, которое было бы посвящено вопросу устойчивости программы ПТАО в Таджикистане и обеспечению координации и гармонизации ответных действий, направленных на противодействие ВИЧ/СПИДу, профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ. Обеспечить участие представителей всех заинтересованных сторон в данной встрече, включая провайдеров услуг ПТАО и самих участников программы ПТАО. В будущем такие совместные заседания должны проходить регулярно.
- 1.2. Принять совместный документ, отражающий позицию по отношению к ПТАО как к основному методу лечения опиоидной зависимости и подчеркивающий стремление поддерживать и продолжать дальше развивать программы ПТАО, в том числе посредством поэтапного перехода на национальное финансирование. После десятилетия успешной реализации программы ПТАО в стране, которая была подтверждена проведенными в стране оценками, необходимо отойти от формулировок «пилотная» и «испытательная» и говорить о программе ПТАО как о доказавшей свою высокую эффективность в стране. Учитывать и использовать данную позицию при подготовке очередной Национальной программы по противодействию ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан, а также Национальной стратегии по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан.
- 1.3. Поручить Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан разработать дорожную карту по развитию программ ПТАО в стране.
- 1.4. Рассмотреть и утвердить План перехода от донорской поддержки к национальному финансированию ответных действий на ВИЧ в Республике Таджикистан, включая его бюджет и план по МиО.
- 1.5. Изучить возможности поддержки программ ПТАО за счет средств Национального фонда по противодействию ВИЧ и СПИДу и разработать конкретные меры по их воплощению в жизнь.
- 1.6. Обеспечить поддержку программ ПТАО со стороны правоохранительных органов. Инициировать разработку и принятие специальных руководств для сотрудников правоохранительных органов по вопросам снижения вреда в целом и по ПТАО в частности. Обеспечить принятие надлежащих мер по их выполнению и предусмотреть дисциплинарные и иные взыскания за их невыполнение.

- 1.7. Инициировать разработку и внедрение механизмов сотрудничества между правоохранительными органами, пенитенциарной службой и органами здравоохранения, которые бы позволяли продолжать получать ПТАО в случае ареста и помещения участника программы в изоляторы временного содержания/ следственные изоляторы.
- 1.8. Создать специальную рабочую группу для изучения, актуализации и обеспечения выполнения рекомендаций, представленных по результатам анализа законодательства и политики Республики Таджикистан, проведенного УНП ООН и Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу и представленных в отчете «Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: Анализ законодательства и политики, рекомендации для реформ».

2. Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан:

- 2.1. Обеспечить безотлагательное внедрение и имплементацию процедуры выдачи препарата на дом стабильным клиентам программы ПТАО, предусмотренной рядом принятых документов.
- 2.2. В условиях пандемии коронавирусного заболевания COVID-19, разработать меры по применению процедуры выдачи препарата на дом по отношению ко всем участникам программы ПТАО со стабилизированной дозой в случае введения в стране правил самоизоляции и мер социального дистанцирования.
- 2.3. Обеспечить принятие распоряжения, определяющего предоставление ПТАО и связанных с ней услуг на бесплатной основе. Внести изменения в Приложение 1, Перечень 2 к Правилам сооплаты медико-санитарных услуг, оказываемых гражданам РТ учреждениями государственной системы здравоохранения, утвержденным совместным приказом МЗ и СЗН РТ и Министерства финансов РТ №938-135 от 5 ноября 2014 г., добавив в этот перечень людей с опиоидной зависимостью, участвующих в программе ПТАО, а также указав, что люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, имеют право на бесплатную медицинскую помощь, которая не ограничивается их основным заболеванием.
- 2.4. Обеспечить возможности для импортирования метадона в порошкообразной форме и последующего приготовления раствора внутри республики, что позволило бы существенно снизить его стоимость. Удешевление стоимости используемого в ПТАО препарата (в том числе за счет использования препарата в таблетированной форме) является реальной возможностью для обеспечения большей устойчивости программ ПТАО и оптимизации расходов при переходе на национальное финансирование.
- 2.5. Приоритезировать работу по замене персонифицированного наркологического учета системой регистрации случаев на основе идентификационных кодов. Разработать руководство по применению такой системы и порядку определения статуса зависимости от наркотиков в случаях, когда это является необходимым и оправданным с точки зрения соблюдения прав человека, но при этом не опираясь на наркологический учет.

- 2.6. Принять соответствующее распоряжение, которое позволило бы врачам общей практики/семейным врачам и врачам других специальностей оказывать медицинские услуги ПТАО при условии прохождения ими необходимого обучения и получении сертификата, выданного аккредитованными в установленном порядке образовательными учреждениями.
- 2.7. Принять меры по повышению охвата людей, употребляющих опиоиды, путем децентрализации программ ПТАО на первичное звено медико-санитарной помощи и открытия новых сайтов ПТАО на базе учреждений ПМСП.
- 2.8. Институционализировать оказание интегрированных услуг по ВИЧ, ТБ и ПТАО по принципу «единого окна», с последующим повсеместным внедрением этой модели на всех сайтах ПТАО.
- 2.9. В случае начала реализации Закона «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» в 2022 году, предусмотреть меры по минимизации финансовых барьеров для участников программы ПТАО. Учитывая то, что в ряде стран Европейского союза медицинское страхование покрывает участие в программе ПТАО, рекомендуется изучить имеющийся опыт этих и других стран и обеспечить адаптацию и внедрение наилучших практик в Таджикистане.
- 2.10. Совместно с Министерством образования и науки Республики Таджикистан и руководством учреждений додипломного и последипломного медицинского образования, разработать меры по улучшению подготовки врачей и младшего медицинского персонала в сфере наркологии и психиатрии, а также включения подробного изучения вопросов ПТАО в соответствующие учебные планы и программы.
- 2.11. Активизировать усилия по использованию механизма привлечения работников НПО в программы ПТАО в рамках государственного социального заказа и создать для этого все необходимые условия, включая пересмотр/принятие необходимых нормативно-правовых документов.
3. **Провайдером услуг ПТАО, в том числе руководящему составу программы ПТАО и руководству Государственного учреждения «Республиканский клинический центр наркологии им. профессора М. Г. Гулямова», обеспечивающего организационно-методическое сопровождение программ ПТАО:**
 - 3.1. Обеспечить более удобное время выдачи препарата на сайтах ПТАО. Одним из возможных вариантов может быть выдача препарата в утреннее (7:00-12:00) и послеобеденное (15:00-18:00) время.
 - 3.2. Инициировать пересмотр действующих клинических протоколов по ПТАО с целью их дальнейшего совершенствования и приведения в полное соответствие с рекомендациями ВОЗ, в т. ч. противопоказаний для включения в программу ПТАО, устранив возрастные ограничения.

- 3.3. Определить оказание квалифицированной психосоциальной помощи клиентам в качестве одного из основных приоритетов программы ПТАО и совместно с техническими партнерами и донорами разработать и реализовать комплекс мер, направленных на решение этой первоочередной задачи.
 - 3.4. С целью улучшения качества программы ПТАО и обеспечения более высокого удержания участников в программе, предусмотреть разработку программы оказания помощи клиентам в трудоустройстве.
 - 3.5. Изучить целесообразность действующей штатной структуры сайтов ПТАО, а также провести анализ возможности ее адаптации с учетом рабочей нагрузки на отдельном сайте и оптимизации с учетом имеющихся ограниченных национальных финансовых ресурсов.
- 4. Представителям гражданского общества, сообществам участников программы ПТАО и людей, употребляющих наркотики:**
- 4.1. Подготовить официальное обращение ко всем заинтересованным сторонам, включая Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Национальный координационный комитет по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан, Координационный совет по профилактике злоупотребления наркотиками, провайдеров услуг и руководящий состав программы ПТАО, а также технических партнеров и доноров, в котором (i) выразить свою обеспокоенность относительно существующих рисков для устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию; (ii) обратить внимание на серьезные пробелы в управлении переходом от донорского на национальное финансирование; (iii) потребовать принятия срочных мер по преодолению выявленных вызовов и препятствий; (iv) призвать государственные органы, технических партнеров и доноров оказывать финансовую, техническую и методическую поддержку представителям гражданского общества для обеспечения их значимого участия во всех процессах, связанных с реализацией и устойчивостью программы ПТАО в Таджикистане.
 - 4.2. Совместно с Национальным координационным комитетом по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и руководством программы ПТАО инициировать проведение ежегодных партнерских форумов, посвященных рассмотрению прогресса по достижению устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию.
- 5. Техническим партнерам и донорам (в том числе ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС, Глобальному фонду, CDC, PEPFAR и др.):**
- 5.1. Учитывая текущую экономическую ситуацию в Таджикистане, продолжать финансирование программ ПТАО в стране.

- 5.2. Рассмотреть представленные результаты оценки устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию в Республике Таджикистан. В координации и тесном взаимодействии друг с другом согласовать конкретные действия по оказанию своей технической и финансовой помощи, направленной на реализацию предложенных рекомендаций для обеспечения большей устойчивости программ ПТАО в Таджикистане.
- 5.3. Приоритезировать оказание финансовой, технической и методической поддержки представителям гражданского общества, в том числе сообществу участников программы ПТАО и людей, употребляющих наркотики, направленной на создание благоприятной среды для их значимого участия в процессах регулярного мониторинга и совершенствования программ ПТАО в Таджикистане, на мобилизацию сообщества, на укрепление коммуникационного и адвокационного потенциала, на проведение диалога между представителями гражданского общества и государственных органов по поводу национальных инвестиций в программу ПТАО и оптимизации расходов.
- 5.4. Поддерживать создание и функционирование различных мультисекторальных площадок для планирования устойчивости программ ПТАО, улучшения осведомленности всех заинтересованных сторон о развитии программ, а также обеспечения поддержки программ ПТАО как на политическом уровне, так и в обществе в целом. Поощрять участие академического сектора в таких мультисекторальных площадках.
- 5.5. При оказании технической и финансовой помощи на этапе ее концептуализации обсуждать и предусматривать совместно с национальными партнерами конкретные шаги и мероприятия по обеспечению дальнейшей устойчивости предлагаемых активностей.
- 5.6. Приоритезировать продолжение диалога с Правительством Республики Таджикистан относительно принятия разработанного Плана перехода от донорской поддержки к национальному финансированию и его бюджета, а также определения внутреннего источника финансирования программ ПТАО в процессе перехода. Продолжить оказание необходимой технической помощи при расчете затрат по реализации Плана.

1 Контекст

Таджикистан – постсоветская республика Центрально-Азиатского региона, население которой на 1 января 2019 года составляло 9 126 600 человек, из которых 7 483 400 (82 %) – моложе 45 лет. 73,7 % населения живет в сельской местности, а уровень бедности в стране находится на уровне 27,4 %, причем бедность является преимущественно сельским явлением, где в бедности живет около одной трети населения (Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан, 2019; Всемирный банк, 2019). Ожидаемая продолжительность жизни составляет 73,3 года для женщин и 69,1 года для мужчин (Национальная стратегия здравоохранения и благосостояния населения Республики Таджикистан на 2021 – 2030 годы, проект документа от 27.11.2019 г.).

Согласно недавно проведенному анализу, система здравоохранения Республики Таджикистан (РТ) продолжает оставаться в значительной степени централизованной, услуги в сфере здравоохранения «в подавляющем большинстве случаев оказываются в государственном секторе, с историческим акцентом на больничную и лечебную, а не профилактическую помощь» (Ахмед и соавторы, 2019). По состоянию на 2016 год, роль частного сектора оставалась крайне незначительной, несмотря на имеющуюся тенденцию роста в сфере оказания диагностических и амбулаторных услуг (Khodjamurodov et al., 2016). Тем не менее, в 2018 году, после утверждения процесса аккредитации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), в Таджикистане были аккредитованы 14 частных учреждений ПМСП (Национальная стратегия здравоохранения и благосостояния населения Республики Таджикистан на 2021 - 2030 годы, проект документа от 27.11.2019 г.).

В 2019 году государственные расходы на здравоохранение в Таджикистане выросли до 1,7 млрд. сомони, что в пересчете на душу населения составило порядка 20 долларов США в год. В 2017 году государственные расходы на здравоохранение составили 2,3 % ВВП. Эти показатели являются одними из самых низких среди стран региона Европы и Центральной Азии (Национальная стратегия здравоохранения и благосостояния населения Республики Таджикистан на 2021 – 2030 годы, проект документа от 27.11.2019 г.). Помимо этого, в 2013 - 2017 годах пациенты и их семьи ежегодно напрямую покрывали от 62 % до 66 % от общих расходов на здравоохранение, что также является одним из самых высоких уровней во всем европейском регионе ВОЗ (World Health Organization, 2020). Средняя заработная плата медицинского работника составляет 831,13 сомони в месяц (около 85 долларов США), и это на 30 % ниже средней зарплаты по стране по всем отраслям - 1233,82 сомони (Национальная стратегия здравоохранения и благосостояния населения Республики Таджикистан на 2021 – 2030 годы, проект документа от 27.11.2019 г.). Реформа системы финансирования здравоохранения не завершена, в то время как существующие ограниченные ресурсы распределяются неэффективно (Всемирный банк, 2018).

В 2008 году Маджлиси Оли (Парламент) Республики Таджикистан принял Закон «О медицинском страховании в Республике Таджикистан», согласно которому в стране должен был быть создан Фонд медицинского страхования, выступающий в качестве единого плательщика в системе здравоохранения, но реализация данного закона была отложена до 2022 года (Национальная стратегия здравоохранения и благосостояния населения Республики Таджикистан на 2021 – 2030 годы, проект документа от 27.11.2019 г.).

Согласно сведениям Республиканского клинического центра наркологии им. профессора М. Г. Гулямова (ГУ РКЦН) и Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗ и СЗН РТ), лечение наркозависимости в РТ проводится в специализированных наркологических учреждениях. Наркологические услуги предусматривают стационарное и амбулаторное лечение, противорецидивную терапию, ПТАО, реабилитационные программы. Помимо этого, наркологические учреждения вовлечены в профилактические мероприятия по предупреждению наркологических заболеваний (Махсутов и соавторы, 2019).

С целью координации деятельности министерств, ведомств, организаций, независимо от форм собственности, в области профилактики наркозависимости, в Таджикистане создан и функционирует Координационный совет по профилактике злоупотребления наркотиками. В стране разработан и принят ряд стратегий и программ, связанных с наркотиками и наркопотреблением, в том числе:

- Национальная стратегия по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на 2013–2020 годы;
- Национальная программа по профилактике распространения наркомании и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан (которая охватывала 2013–2017 годы и в настоящее время завершена);
- Национальная программа по противодействию эпидемии ВИЧ в РТ на 2017–2020 годы.

Вопросы, связанные с сокращением спроса на наркотики, профилактикой немедицинского инъекционного употребления наркотиков и ВИЧ-инфекции, совершенствованием наркологической помощи и внедрением передового опыта в сфере лечения и реабилитации людей с наркотической зависимостью, рассматриваются в этих политических документах в качестве приоритетных.

Протяженная граница РТ с Исламской Республикой Афганистан (1 344 км) - мировым лидером по незаконному производству опиатов – является основным фактором, предопределяющим динамику на местном рынке наркотиков и патерны наркопотребления в стране. Так, по состоянию на 31.12.2017 г. в наркологических учреждениях РТ было зарегистрировано 6 947 людей с наркозависимостью, из которых 79,2 % имели зависимость от героина и 11,7 % - от опия. В то же время, в 2018 году оценочное количество людей, употребляющих инъекционные наркотики (опиаты), составило 22 208 человек (нижняя граница оценочной численности: 19 058; верхняя граница оценочной численности: 23 684), а распространенность ВИЧ-инфекции в этой популяции - 11,9 % (Махсутов и соавторы, 2019; Государственное учреждение «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом», 2019).

В этом контексте первые упоминания о необходимости внедрения программы ПТАО в Таджикистане на уровне политических документов содержались в Стратегическом плане предотвращения угрозы распространения вируса иммунодефицита человека (заболевания СПИД) в Республике Таджикистан на 2002 - 2005 годы, утвержденном постановлением Правительства РТ в 2002 году. В 2003 году был принят закон РТ «О наркологической помощи» (утратил свою силу после введения в действие Кодекса здравоохранения РТ в 2017 году), в котором

«проведение альтернативной замещающей терапии больным наркоманией» было определено в качестве основания для госпитализации в наркологический стационар и перечислено в числе задач лечебно-профилактических учреждений, оказывающих стационарную наркологическую помощь. Несмотря на это, программа ПТАО была одобрена рекомендательным письмом Правительства РТ лишь в октябре 2008 года (№18691/16-3), и в июле 2009 года Министр здравоохранения РТ подписал приказ «О внедрении заместительной терапии» в качестве пилотной программы, все средства на реализацию которой должны будут поступать за счет Глобального фонда и других организаций, предоставляющих техническую помощь (Latypov, 2010; АКН, 2013). Пилотная программа ПТАО была запущена в стране в феврале 2010 года благодаря донорской поддержке, и первый сайт начал функционировать в июне 2010 года, практически спустя год после подписания соответствующего приказа МЗ РТ. Начиная с 2017 года программа ПТАО функционирует и в рамках пенитенциарных учреждений. На 1 января 2020 года в стране функционировало 15 сайтов ПТАО, включая 2 сайта в пенитенциарной системе, которые обслуживали 638 участников программы (2,9 % от оценочного количества ЛУИН) (Ким, 2020). С момента своего внедрения ПТАО в Таджикистане предоставляется для участников программы на бесплатной основе.

В настоящее время Таджикистан все еще остается в списке стран, соответствующих квалификационным критериям Глобального фонда на получение финансирования по компонентам ВИЧ и ТБ (The Global Fund, 2019a). Более того, согласно классификации Всемирного банка, Таджикистан является единственной страной с низким уровнем дохода во всем регионе ВЕЦА, и по имеющимся прогнозам Глобального фонда на период до 2028 года, страна будет и дальше продолжать получать финансирование (The Global Fund, 2019b).

При этом фактический переход с донорской поддержки на национальное финансирование происходит за счет постепенного долгосрочного снижения доступного объема финансирования ГФ на борьбу с ВИЧ в Таджикистане в соответствующих аллокационных периодах. Так, объем аллоцированного финансирования ГФ на борьбу с ВИЧ в Таджикистане в 2018 - 2020 годах составил 12 939 544 долларов США, что представляло собой сокращение на 43 % по сравнению с предыдущим аллокационным периодом ГФ, охватывающим 2015 - 2017 годы (Tajikistan CSM, 2017). Объем первоначального аллоцированного финансирования ГФ на борьбу с ВИЧ в Таджикистане на 2021 - 2023 годы определен на уровне 14 362 894 долларов США, что также меньше суммы, аллоцированной на 2015 - 2017 годы, хотя в феврале 2020 года Правление ГФ утвердило выделение Таджикистану дополнительных 5 324 308 долларов США на интервенции по оптимизации грантовых активностей.

Информация о финансировании наркологической службы в стране крайне ограничена, и в последнем опубликованном Национальном отчете о наркоситуации в Республике Таджикистан в разделе «Бюджет и вопросы финансирования» не представлено никаких данных (Махсутов и соавторы, 2019). Программы ПТАО в Таджикистане продолжают финансироваться за счет грантов, предоставленных донорами и международными организациями. Инвестиции государства ограничиваются покрытием прямых затрат, связанных с оплатой коммунальных расходов и обеспечением помещений для сайтов ПТАО, отремонтированных за счет внешнего финансирования.

2 Цель и методология

За последние годы было разработано несколько рамочных концепций в контексте оценки устойчивости и перехода к национальному финансированию в сферах борьбы с ВИЧ и ТБ. Почти все страны ВЕЦА, получающие финансирование Глобального фонда, провели такие оценки и разработали национальные планы перехода.

В 2019 году Евразийская ассоциация снижения вреда (ЕАСВ) разработала подход и инструменты для проведения страновой оценки, фокусирующиеся непосредственно на устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов. Это было сделано в ответ на многочисленные запросы и просьбы об оказании поддержки со стороны членов ЕАСВ в отношении оценки перспектив ПТАО после завершения международной технической и финансовой поддержки в их странах (ЕАСВ, 2019). Подробное описание концептуального подхода и всех инструментов для анализа устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию доступно по следующей ссылке: <https://harmreductioneurasia.org/ru/oat-sustain-method/>

Оценка устойчивости программ ПТАО была проведена в Республике Таджикистан с использованием подхода и инструментов ЕАСВ в феврале–марте 2020 года. Оценка охватывает текущую ситуацию, достигнутый прогресс, риски и возможности для обеспечения устойчивости ПТАО с упором на программные аспекты и акцентом на следующих трех областях: политика и управление, финансы и ресурсы, а также услуги.

Рамочная концепция анализа ситуации, связанной с устойчивостью ПТАО в областях политики и управления, финансов и ресурсов, а также услуг, включает от 2 до 4 индикаторов по каждой из областей. В свою очередь, каждый из индикаторов включает в себя ряд контрольных показателей, оцениваемых по соответствующим компонентам.

Сводная структура рамочной концепции оценки устойчивости программ ПТАО (более детальная версия, включающая контрольные показатели, приведена в **Приложении 1** к данному документу):

Тематические области	Индикаторы			
А. Политика и управление	Политические обязательства		Управление переходом от донорского к национальному финансированию	
В. Финансы и ресурсы	Препараты	Финансовые ресурсы	Человеческие ресурсы	Доказательная база и информационные системы
С. Услуги	Наличие и охват	Доступность		Качество и интеграция

Оценка включает обзорный раздел, анализ прогресса, препятствий и возможностей по каждой из областей, а также общие выводы и рекомендации для государственных министерств и ведомств, национальных координационных органов, специалистов-практиков, гражданского общества, технических партнеров и доноров.

Достигнутый прогресс по обеспечению устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиатов в Республике Таджикистан по трем изученным в ходе оценки тематическим областям был отражен как в единой сводной таблице, так и индивидуально по каждой тематической области. Ниже приводится таблица с описанием шкалы степени устойчивости с аналогом в процентных значениях:

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

В оценке устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию в Республике Таджикистан широкое участие принимали сами участники программы ПТАО и группа национальных экспертов (Консультативная группа), включающая в себя руководителей государственных структур, международных проектов и организаций, функционирующих в Таджикистане, специалистов-практиков, непосредственно вовлеченных в предоставление услуг ПТАО, представителей образовательных учреждений, гражданского общества и технических партнеров (см. список экспертов, внесших вклад в проведенную оценку, в **Приложении 2**).

Основные ограничения данной оценки включают в себя то, что она проводилась в короткий промежуток времени; с участием ограниченного количества хорошо информированных экспертов и участников программ ПТАО; без выездов на сайты, расположенные за пределами столицы Таджикистана, города Душанбе (хотя и были проведены интервью с представителями

гражданского общества и специалистами программы ПТАО в Согдийской области и Горно-Бадахшанской автономной области); и без посещения сайтов программы ПТАО, функционирующих в пенитенциарных учреждениях страны. Методология оценки наглядно представлена на рисунке 1.

Рисунок 1. Инфографика по методологии оценки устойчивости программ ПТАО в Республике Таджикистан, февраль - март 2020 года.

1. Адаптация региональной методологии ЕАСВ	2. Кабинетное исследование >60 источников	3. Интервью и консультации с 15 экспертами и специалистами-практиками программы ПТАО
4. 1 фокус-группа с клиентами программы ПТАО	5. Проведение анализа и подготовка проекта отчета	6. Рассмотрение проекта отчета с участием заинтересованных сторон и завершение оценки

3 Основные результаты: Политика и управление

Политика и управление	Умеренный уровень риска
Политическая приверженность	Средняя устойчивость
Управление переходом от донорского на национальное финансирование	Высокий уровень риска

3.1 Политическая приверженность

В Республике Таджикистан на законодательном уровне создана благоприятная среда для реализации ПТАО. В Кодексе здравоохранения РТ, введенном в действие в 2017 году, ПТАО перечислена среди видов наркологической помощи и социальной защиты, гарантируемых государством. ПТАО также включена в действующую Национальную программу по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека в Республике Таджикистан на 2017 - 2020 годы (Постановление Правительства РТ от 25.02.2017 г., № 89). Приказами МЗ и СЗН РТ утверждены клинический протокол и клиническое руководство по ПТАО, предусмотренные для внедрения во всех медицинских учреждениях, оказывающих ПТАО для людей с опиоидной зависимостью (МЗ и СЗН РТ, 2015; МЗ и СЗН РТ, 2019). При разработке таких протоколов и руководств постоянно действующей рабочей группой при МЗ и СЗН РТ по координации процесса разработки и утверждения клинических руководств, основанных на доказательной медицине, был учтен опыт применения первоначального оперативного руководства по ПТАО, принятого в 2009 году на этапе внедрения ПТАО в Таджикистане (МЗ РТ, 2009), и предложены определенные усовершенствования. Также существует отдельное клиническое руководство по ПТАО для лечебно-профилактических учреждений пенитенциарной системы (МЗ и СЗН РТ и Министерство юстиции РТ, 2015). В таких клинических документах, ПТАО характеризуется как один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости. В приказе Министерства здравоохранения «О совершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан» (от 07.08.2006 г., № 485) ПТАО указана среди прочих базовых элементов стандарта наркологических услуг. В структуре МЗ и СЗН РТ созданы и функционируют службы, ответственные за соблюдение клинических протоколов; сохранен и действует институт Главного нарколога. Кроме того, в 2008 году был сформирован Национальный центр мониторинга и профилактики наркомании МЗ РТ, который исторически играет очень важную роль в развитии и поддержке программ ПТАО. Как метадон, так и бупренорфин внесены в Национальный список основных лекарственных средств (СОЛС) (в 2015 и 2018 году, соответственно).

В то же время, на данный момент в сфере политической приверженности имеются некоторые барьеры и вызовы, которые оказывают негативное влияние на устойчивость программ ПТАО в Таджикистане. Программа ПТАО, несмотря на свою 10-летнюю историю успешной реализации в стране, все еще продолжает рассматриваться в качестве пилотной, так как ни в одном из действующих документов не отмечено завершение «пилотной» либо «испытательной» стадии, в

рамках которой программа была впервые внедрена в стране. В Национальной программе по профилактике распространения наркомании и совершенствованию наркологической помощи в Республике Таджикистан, завершённой в 2017 году, «программа лечения вспомогательной заменой» определена как «испытательная». В Кодексе здравоохранения РТ сохранена неясная и необоснованная формулировка «альтернативной замещающей терапии», введенная в терминологический оборот еще в 2003 году и указывающая на ее проведение в условиях наркологического стационара (Кодекс здравоохранения РТ, 2017).

В Национальной стратегии по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на 2013–2020 годы (утверждена Указом Президента РТ от 13.02.2013 г., № 1409), которая в числе приоритетных включает мероприятия по совершенствованию наркологической службы, наркологической помощи и реабилитации людей с наркозависимостью, нет никаких упоминаний о ПТАО. (Здесь важно учесть, что стратегия была утверждена в феврале 2013 года, и, возможно, на тот момент программы ПТАО еще не пользовались столь широкой политической поддержкой в стране).

На повестке дня также остается ряд острых проблем, связанных с наркологическим учетом, взаимодействием с правоохранительными органами и соответствием принятых протоколов рекомендациям ВОЗ. Участие в программе ПТАО подразумевает наличие установленного диагноза зависимости от опиоидов, что, в свою очередь, влечет за собой постановку на учет в государственной наркологической службе. Постановка на наркологический учет в Таджикистане приводит к существенному ограничению основных прав людей с наркотической зависимостью (Mravcik et al., 2014; УНП ООН и Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2010) и несоблюдению конфиденциальности медицинской информации, касающейся наркологического заболевания, в случаях, предусмотренных действующим законодательством РТ.

Так, согласно Кодексу здравоохранения РТ (Статья 204), «наркологические учреждения органов здравоохранения и другие ведомства, имеющие аналогичные учреждения, обязаны сотрудничать с правоохранительными органами при оказании наркологической помощи лицам, страдающим наркологическими заболеваниями, по предотвращению совершения со стороны их действий, угрожающих жизни и здоровью их и окружающих». При этом, определение наличия угрозы жизни и здоровью зависит от субъективной интерпретации сотрудников правоохранительных органов и, в случае отсутствия таковой, вопреки утверждениям последних, приводит к фактическому нарушению прав и свобод, предусмотренных Конституцией и другими нормативно-правовыми актами РТ. Постановка на наркологический учет также приводит к необоснованно широкой дискриминации в сфере трудоустройства, без учета индивидуальных обстоятельств в каждом конкретном случае (Статья 196).

В связи с вышеизложенным, по мнению опрошенных экспертов и самих клиентов программы ПТАО, перспектива постановки на наркологический учет служит одним из главных факторов, демотивирующих и отталкивающих людей с опиоидной зависимостью от участия в программе.

В реальной жизни, как утверждается в недавних исследованиях (Александрова и Марон, 2019; Шарипов и соавторы, 2017), проведенных в Таджикистане, постановка на наркологический учет

людей с наркотической зависимостью «всегда их ставит в уязвимое положение от правоохранительных органов» и может иметь для них крайне негативные последствия. Например, в городе Кулябе «было отмечено, что реестр наркозависимых используют, чтобы повесить на кого-либо из наркозависимых нераскрытые преступления (кражи, грабежи)» (Александрова и Марон, 2019). Аналогичные случаи были описаны и рядом участников программы ПТАО в городе Худжанде, где людей задерживают у сайтов ПТАО без всяких оснований, только потому что где-то была кража, а они состоят на наркологическом учете (Шарипов и соавторы, 2017).

Кейс со слов участников фокус-группы в г. Куляб:

«Был один парень, тоже принимает метадон. Имя точно не знаем, но год рождения 1999. Недавно его задержали сотрудники милиции по подозрению в краже мобильного телефона у одной женщины. Но, на самом деле, он не воровал. Женщина, у которой украли телефон на базаре, является женой прокурора. После потери телефона она через своего мужа обратилась в милицию, чтобы они нашли вора. Милиционеры не смогли найти вора, прокурор их отчитал и требовал срочно найти вора. Милиционеры задержали невиновного парня и стали предъявлять ему обвинение в краже. Несколько из нас милиционеры отвели в отдел, что бы мы против этого парня дали показания. Как мы сами видели, в отношении этого парня были применены пытки. В верхней части спины у него имеются синяки. Данное время идет следствие. Мы не можем обжаловать в отношении милиции в прокуратуру или в хукумат о том, что нас пытаются, заставляют дать показания. Если мы обжалуем, все равно государство не увольняет ни одного сотрудника милиции из-за нас. Государство больше им верит, чем нам».

(Александрова и Марон, 2019; орфография и пунктуация сохранены)

Действующее законодательство запрещает употребление в Республике Таджикистане наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача (Закон «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах», Статья 15), хотя ни Кодекс РТ об административных правонарушениях, ни Уголовный кодекс не предусматривают наказания за потребление наркотиков. Административная ответственность наступает, помимо прочего, за приобретение и хранение наркотиков без цели сбыта, когда размер наркотических средств или психотропных веществ ниже небольшого размера. Небольшой размер, свыше 0,5 грамма героина, влечет за собой уже уголовную ответственность (АКН, 2012; УНП ООН и Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2010; Кодекс РТ об административных правонарушениях).

За последние годы поступали неоднократные сообщения от медработников и представителей гражданского общества о систематических притеснениях клиентов ПТАО со стороны отдельных сотрудников правоохранительных органов. При этом они активно поощряют клиентов программы

на то, чтобы те не участвовали в программе ПТАО и не употребляли метадон, потому что «им это выгодно»: они устраивают «подставы» и облавы на потребителей уличных, незаконных наркотиков, а потом предлагают выбор между «плати деньги» или «посадят». «Поэтому они и говорят, “принимайте героин, метадон вреден”» (Интервью с экспертами, 2020).

Кейс со слов участников фокус-группы:

«В Вахдатском районе также отмечали некорректную работу правоохранительных органов, в частности «Когда мы приходим для принятия метадона в больницу сотрудники ОБНОН-а или милиции часто наблюдают за нами. Даже они следят за тем, кто приходит к врачу, а кто нет. Если, один из ЛУИН не приходит к врачу несколько дней, то сотрудники милиции или ОБНОН останавливают и допрашивают нас. «А ты кто? Сколько времени уже употребляешь метадон? А где тот (который не приходит) человек? Почему он не приходит для принятия метадона? Или он принимает наркотики и т. д.?» Обычно они при допросе нецензурные слова говорит нам. Сотрудники милиции и ОБНОН обычно говорят нам «Не принимайте метадон, он убьет вас. Лучше принимайте героин. Героин лучше, чем метадон». В Кулябе также отмечали, что любой сотрудник из ОДВ, ОБНОН, ГКНБ в любое время приходит и фотографируют их, как они принимают метадон».

(Александрова и Марон, 2019; орфография и пунктуация сохранены)

Клинические протоколы и руководства по ПТАО, хотя и пересматриваются и совершенствуются на регулярной основе, все еще не находятся на стадии полного соответствия рекомендациям ВОЗ (более подробно см. ниже). Существующие руководства, хотя и содержат очень важную информацию, в определенных случаях носят общий характер, не способствующий унификации процедур и повышению качества услуг на сайтах ПТАО (Ширвинскене, 2018). Кроме того, участники программы ПТАО в гражданском секторе, в случае ареста и помещения в изоляторы временного содержания/ следственные изоляторы, вынужденно прекращают терапию ввиду ее отсутствия в последних.

Несмотря на существующие вызовы, имеются возможности для усиления политической приверженности и обеспечения большей устойчивости программ ПТАО. Завершение реализации Национальной стратегии по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан в текущем году и ожидаемая подготовка ее аналога на следующий период представляют реальное окно возможностей для того, чтобы недвусмысленно поддержать программы ПТАО в качестве основного метода лечения опиоидной зависимости и ключевого элемента наркополитики, основанной на сбалансированном подходе к снижению предложения и спроса на наркотики. Будущая Национальная программа по противодействию ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан, охватывающая период после 2020 года, также должна отдельно подчеркнуть приверженность Правительства страны поддерживать и продолжать дальше развивать программы ПТАО, в том числе посредством поэтапного перехода на национальное финансирование. После десятилетия успешной реализации программ ПТАО

в стране необходимо отойти от формулировок «пилотная» и «испытательная» и говорить о программе ПТАО как о доказавшей свою высокую эффективность в стране.

Помимо этого, необходимо пересмотреть действующее законодательство, так или иначе касающееся наркотиков, с целью устранения необоснованных барьеров для участия в программе ПТАО и минимизации стигматизации людей, употребляющих наркотики. В анализе соответствующего законодательства и политики Республики Таджикистан, проведенном десять лет назад УНП ООН и Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу, содержится детальное описание существующих проблем и даны подробнейшие рекомендации по преодолению барьеров (УНП ООН и Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу, 2010). Многие из этих проблем до сих пор остаются актуальными, и предлагается создать специальную рабочую группу для изучения и обеспечения выполнения данных рекомендаций.

Крайне важно обеспечить поддержку программ ПТАО со стороны правоохранительных органов и пресечь действия отдельных коррумпированных сотрудников, направленные на противодействие ПТАО и поощрение употребления незаконных наркотиков. Существующие исследования и сведения, предоставленные экспертами и самими участниками программ ПТАО, показывают прямую связь между развитием программ ПТАО и тем, как этому пытаются противостоять коррумпированные сотрудники правоохранительных органов и лица, вовлеченные в незаконный оборот наркотиков. Именно поэтому обеспечение развития и устойчивости программ ПТАО должно стать одним из основных критериев для оценки успешности реализации наркополитики в стране, за которую должны нести ответственность не только службы здравоохранения, но и правоохранительные органы.

Кроме этого, правоохранительными органами должны быть приняты специальные руководства для своих сотрудников по вопросам снижения вреда в целом и по ПТАО в частности и обеспечены надлежащие меры по их выполнению. В течение последующих пяти лет по меньшей мере половина сотрудников правоохранительных органов должна пройти тренинги по особенностям работы с людьми, употребляющими наркотики, по вопросам наркозависимости и ПТАО. Необходимо также разработать механизмы сотрудничества между правоохранительными органами, пенитенциарной службой и органами здравоохранения, которые бы позволяли продолжать получать ПТАО в случае ареста и помещения участника программы в изоляторы временного содержания/следственные изоляторы.

Говоря об управлении и координации, необходимо отметить, что в Таджикистане существуют уполномоченные организации, департаменты или органы управления, которые, помимо прочего, являются ответственными за надзор и координацию развития программ ПТАО. В 2004 году в стране образован Координационный совет по профилактике злоупотребления наркотиками, а также действует Национальный координационный комитет по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией (НКК), созданный с целью координации деятельности министерств и ведомств, местных исполнительных органов государственной власти, международных организаций, аккредитованных в Республике Таджикистан, гражданского общества, религиозных и общественных организаций по предупреждению и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на борьбу с тремя заболеваниями, независимо от источника финансирования.

Согласно Положению о НКК (Постановление Правительства РТ от 28.02.2015 г., № 127), в его состав входят представители государственных структур, агентств ООН, доноров, международных организаций, общественные организации, представители «людей, больных/инфицированных вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулёзом и малярией», представители религиозных организаций. В состав НКК входит Министр здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, на которого возложена роль заместителя председателя НКК.

Главный нарколог МЗ и СЗН РТ не входит в состав НКК. Республиканский клинический центр наркологии им. профессора М. Г. Гулямова и Главный нарколог МЗ и СЗН РТ (который в настоящее время также является руководителем Национального центра мониторинга и профилактики наркомании МЗ и СЗН РТ) напрямую вовлечены в организационно-методическое руководство программ ПТАО. В стране в рамках финансирования за счет грантов Глобального фонда также предусмотрена позиция национального координатора программ ПТАО.

Достижения, успехи и проблемы программ ПТАО в Таджикистане регулярно обсуждаются с участием заинтересованных сторон, включая представителей гражданского общества. Такие обсуждения проходят либо в рамках заседаний НКК, либо на отдельных тематических технических встречах, причем последние происходят гораздо чаще первых.

Однако, ряд критических барьеров и вызовов с точки зрения устойчивости программ ПТАО, их основные причины и предпосылки остаются на повестке дня координирующих органов в течение многих лет, несмотря на серьезную озабоченность как участников программ ПТАО, так и профессионального сообщества (более подробно см. ниже). Эти вопросы регулярно поднимаются на различных встречах и подчеркиваются в проводимых оценках программ ПТАО в Таджикистане (Болтаев и соавторы, 2013; Laukamm-Josten и соавторы, 2014; Ширвинскене, 2018), но не находят своего решения и остаются без прозрачного ответа, тем самым свидетельствуя о недостаточной эффективности существующих координационных механизмов. По сути, программы ПТАО планируются и финансируются в контексте профилактики ВИЧ-инфекции (с особым акцентом на определенные индикаторы, связанные с ВИЧ-инфекцией), а осуществляются в рамках оказания наркологических услуг. В результате такого двойственного подхода, множество программных вопросов, касающихся услуги ПТАО как основного и наиболее эффективного метода лечения опиоидной зависимости, уходят на второй план.

Представители гражданского общества и клиенты ПТАО играют второстепенную роль в существующих механизмах координации и развития программ ПТАО. Как отмечали участники программ, различные мифы о метадоне широко распространены не только среди обычных граждан, но и среди тех, кто может непосредственно принимать решения, напрямую влияющие на дальнейшую устойчивость программы. Несмотря на это, в стране до сих пор предпочитают «широко не афишировать» программы ПТАО в обществе, что помимо всего прочего связано со стигмой по отношению к людям с наркотической зависимостью и людям, живущим с ВИЧ. Сам термин «метадон» является в определенной степени табуированным в местных средствах массовой информации, и это связано как с запретом на «рекламирование» наркотических средств и психотропных веществ на законодательном уровне (Закон РТ «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»), так и с наличием большого количества антиметадонового контента на русскоязычных веб-ресурсах.

«Не разрешают афишировать программу ОЗТ. Несколько раз приезжали журналисты, и мне запрещали говорить о метадоне. Говорили, “терапия” говори и все». А люди потом думают, что за терапия? Они же не знают, что это метадоновая терапия. “Метадон” говоришь, и они сразу открывают русскоязычные веб-сайты, а там такое про метадон пишут... Пока с нами не посидят, не послушают нас, правду не узнают, пока мы не объясним, что если сверху метадона не будешь “догоняться”, то будешь жить как все нормальные люди, они не понимают истины».

«Навряд ли наше государство будет нас финансировать. Мое мнение такое. Они ни за что не возьмут программу на государственное финансирование. Мифы разные ходят насчет программы. Они берут информацию из этих источников, а не от самих участников. До этих самых людей, принимающих решение о будущем программы, доходит неправильная информация, и для них “метадонщики” – это, можно сказать, всё, это “наркоманы”, “они все догоняются”, “конченые”... Некоторые из них (людей, принимающих решение) даже могут и не знать, что такое метадон».

(Дискуссия в фокус-группе, 2020)

Для повышения роли сообществ ЛУИН и клиентов программ ПТАО в структурах и механизмах координации и развития программ ПТАО, доноры и технические партнеры должны продолжать предоставлять техническую помощь по наращиванию потенциала сообществ как на национальном, так и на местном уровнях. Должна быть создана благоприятная среда для их значимого участия в процессах регулярного мониторинга и совершенствования программ ПТАО в Таджикистане, а также адвокационных и образовательно-просветительных программах и мероприятиях, направленных на различные целевые аудитории.

3.2 Управление переходом от донорского на национальное финансирование

В Республике Таджикистан Постановлением Правительства № 591 от 6 сентября 2014 года образован Национальный фонд по противодействию ВИЧ и СПИДу, который является государственной внебюджетной организацией и создан при МЗ и СЗН РТ. Основной задачей Национального фонда является оказание содействия в финансировании мероприятий, проводимых в стране, по профилактике, диагностике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

В сентябре 2015 года в ходе регионального Диалога высокого уровня по обеспечению успешного перехода на национальное финансирование мероприятий по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в странах ВЕЦА был представлен проект Страновой позиции по переходу от международного к национальному финансированию мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции и ТБ, включая программы снижения вреда (СПИН Плюс, 2015).

В 2018 году был подготовлен План перехода от донорской поддержки к национальному финансированию на период до 2025 года. В рамках мероприятий по повышению охвата ключевых групп населения комплексными пакетами профилактических услуг предусмотрено выделение

национального финансирования на эти услуги. В данном документе программы ПТАО отдельно никак не упомянуты и не рассматриваются. Если программы ПТАО и будут включены в рамках комплексных пакетов услуг для ключевых групп, то они будут рассматриваться в контексте профилактики ВИЧ-инфекции.

Несмотря на принятые меры, в стране существуют значительные пробелы в управлении переходом от донорского на национальное финансирование. С самого начала, еще на этапе инициирования программ ПТАО как в гражданском секторе, так и в уголовно-исполнительной системе, всегда подчеркивалось, что они внедряются за счет донорских средств (Приказ МЗ РТ «О внедрении заместительной терапии», 2009; План мероприятий по внедрению, реализации и расширению программ заместительной поддерживающей терапии метадон в уголовно-исполнительной системе Министерства юстиции РТ на 2012–2017 гг., 2013).

Хотя в проекте документа о Страновой позиции по переходу от международного к национальному финансированию заявлялось о необходимости выделить за счет средств национального бюджета 127,1 тыс. долларов США на приобретение метадона и заработную плату сотрудников программ ПТАО на 2017 и 2018 годы, этот документ в дальнейшем не был утвержден, а финансирование выделено не было.

План перехода от донорской поддержки к национальному финансированию на период до 2025 года, разработанный в 2018 году, пока формально не утвержден и затраты по его реализации не просчитаны. В целом, планируется, что к концу 2023 года будут завершены расчеты стоимости пакетов профилактических услуг для ключевых групп населения, а с 2024 (по одной из версий документа – с 2022) года эти услуги будут /со/финансироваться государством. При этом отдельного упоминания программ ПТАО в Плане нет, несмотря на то, что при планировании перехода от донорского финансирования эти программы потребуют гораздо большей политической поддержки и технической экспертизы (планирование, управление программами, обучение, финансирование, закупки и пр.) если сравнивать их с другими профилактическими, низкороговыми услугами для ключевых групп населения. Утвержденная методология расчета стоимости пакета услуги по лечению людей с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления опиоидов с использованием ПТАО также пока отсутствует. Заинтересованные стороны также не согласовали, за счет каких внутренних источников будет финансироваться ПТАО в процессе перехода и после его завершения. Таким образом, можно констатировать, что в настоящее время имеется только формальный и не утвержденный документ с планом перехода на национальное финансирование, но целостного видения и лидерства в продвижении финансовой устойчивости программ ПТАО явно не хватает.

В целом, текущие реалии касательно выделения национального финансирования на программы ПТАО в Таджикистане, выглядят не столь оптимистично: Таджикистан является единственной в регионе страной с низким уровнем дохода; государственные расходы на здравоохранение составляют лишь около 2 % от ВВП и не превышают 20 долларов в год на душу населения; реформа системы финансирования здравоохранения не завершена, имеющиеся ограниченные ресурсы здравоохранения крайне фрагментированы и распределяются неэффективно; программы ПТАО не являются первоочередными среди остальных приоритетов национального ответа на ВИЧ и на другие вызовы в области охраны здоровья населения.

Тем не менее, имеется ряд возможностей для решения вышеперечисленных проблем и минимизации последствий перехода на национальное финансирование.

Ответные действия на существующие вызовы должны прежде всего способствовать диалогу по вопросам государственных инвестиций и оптимизации расходов и включать в себя разработку и проведение адвокационных мероприятий, учитывающих различные этапы бюджетного цикла, с активным участием клиентов программ ПТАО и других представителей гражданского общества (ЕНРА, 2018). Необходимо оказание технической и методической поддержки сообществам ЛУИН в вопросах их вовлечения в диалог по финансированию ответных мер (ВЦО ЛЖВ, 2016).

Хотя с момента образования Национального фонда по противодействию ВИЧ и СПИДу прошло немало времени, его возможный потенциал еще далек от полного использования. Как отмечалось ранее, также целесообразно уделить внимание вопросам стратегического управления фондом (Варбан и соавторы, 2015).

Ожидается, что с 2022 года начнется реализация Закона «О медицинском страховании в Республике Таджикистан», согласно которому в стране должен быть создан Фонд медицинского страхования, выступающий в качестве единого плательщика в системе здравоохранения. Учитывая, что в ряде стран Европейского союза медицинское страхование покрывает участие в программе ПТАО (Subata, 2012), рекомендуется изучить имеющийся опыт этих и других стран и обеспечить адаптацию и внедрение наилучших практик в Таджикистане. Необходимо помнить, что многие потенциальные участники программ ПТАО зачастую не имеют необходимых документов, и им понадобится бесплатная юридическая и социальная помощь при получении/восстановлении таких документов. Для людей, которые финансово не могут позволить себе медицинскую страховку, либо не могут ее получить по причине несоответствия каким-либо критериям, программы ПТАО должны будут оставаться абсолютно доступными и финансироваться за счет национальных средств.

При определении составляющих пакета /формировании объема/ услуги по лечению людей с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления опиоидов с использованием ПТАО и последующем расчете стоимости данной услуги, важно будет учесть накопленный опыт стран региона, в которых были сформированы пакеты медицинских услуг и осуществляется национальное финансирование ПТАО. В **Приложении 3** представлен опыт Украины, где по состоянию на 01.02.2020 года 12548 человек получали ПТАО на базе 215 учреждений здравоохранения и где Национальная служба здоровья в рамках реализации Программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения в 2020 году закупает услугу ПТАО у медицинских учреждений на основе новых механизмов.

Рисунок 2. Основные этапы обеспечения устойчивости программ ПТАО в Таджикистане (прошлое, настоящее, будущее)



4 Основные результаты: Финансы и ресурсы

Финансы и ресурсы	Умеренный уровень риска
Препараты	Средняя устойчивость
Финансовые ресурсы	Высокий уровень риска
Человеческие ресурсы	Средняя устойчивость
Доказательная база и информационные системы	Средняя устойчивость

4.1 Препараты

Метадон (Приказ МЗ и СЗН РТ № 118, от 12.02.2015 г.) и бупренорфин (Приказ МЗ и СЗН РТ № 326, от 03.03.2018 г.) включены в Список основных лекарственных средств Республики Таджикистан. Оба препарата также включены в Национальный список наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров и находятся в списке средств, разрешенных к применению в медицинских целях и подлежащих обязательному контролю.

В настоящее время в программе ПТАО используется только метадон, причем в жидкой форме. Закупка метадона для программ ПТАО осуществляется Программой развития ООН (ПРООН), которая является основным реципиентом гранта ГФ по ВИЧ в Таджикистане.

Закупка осуществляется в рамках параллельной международной системы, действующей наряду с национальной системой закупок и поставок. По сведениям ПРООН, по факту доставки препарата в Таджикистан из страны-экспортера и его получения, метадон хранится на складе ПРООН и распределяется на сайты ПТАО по мере требования. Объем закупок формируется на основе прогнозов, предоставленных уполномоченным национальным учреждением, причем закупки совершаются с достаточным запасом. Благодаря использованию такого подхода, клиенты и поставщики услуг ПТАО не сообщали о систематических перебоях с поставками препаратов ни в одном из регионов страны.

В 2012 году стоимость рекомендованной средней суточной дозы метадона (100 мг) составляла 0,77 долларов США (Болтаев и соавторы, 2013) или около 281 доллара США на одного клиента в год. В таблицах и пояснениях, представленных в проекте Страновой позиции по переходу от международного к национальному финансированию (2015), используется сумма, составляющая около 183,5 долларов США на одного клиента в год или около 0,5 доллара в день.

По мнению многих экспертов, стоимость препарата, используемого в программах ПТАО в Таджикистане, можно было бы существенно снизить, если бы была возможность завозить в страну метадон в порошкообразной форме для последующего приготовления раствора внутри республики.

Удешевление стоимости используемого в ПТАО препарата (в том числе за счет использования препарата в таблетированной форме) является реальной возможностью для обеспечения большей устойчивости программ ПТАО и оптимизации расходов при переходе на национальное финансирование. В качестве примера можно привести сведения о программе ПТАО в Украине, где метадон производится внутри страны и используется как в жидкой, так и в таблетированной форме. При этом ориентировочная годовая стоимость метадона в таблетированной форме на одного участника программы составляет 50 долларов США, а в жидкой – 143 доллара США (Иванчук, 2019).

4.2 Финансовые ресурсы

Публично доступная информация об общем, а тем более постатейном, финансировании программ ПТАО в Таджикистане является крайне ограниченной.

Известно, что вклад государства в основном ограничивается покрытием прямых затрат, связанных с оплатой коммунальных расходов и обеспечением помещений для сайтов ПТАО, отремонтированных за счет внешнего финансирования (Проект Страновой позиции по переходу от международного к национальному финансированию мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции и ТБ, включая программы снижения вреда, 2015).

Гранты Глобального фонда были и остаются основным источником финансирования программ ПТАО в Таджикистане. До настоящего времени при финансовой поддержке ГФ были открыты и оборудованы 9 сайтов ПТАО (в том числе 2 сайта в пенитенциарной системе), закупается метадон, необходимое дополнительное оборудование, осуществляются выплаты сотрудникам программы ПТАО (прямые исполнители на местах и руководящий состав), покрываются расходы на обучение персонала и по повышению потенциала. Управление ООН по наркотикам и преступности оказало финансовую поддержку в проведении ремонтных работ и оснащении 2 сайтов программы ПТАО.

Помимо этого, при поддержке Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC)/PEPFAR были открыты 3 полноценных сайта и один «спутниковый» сайт (где услуги ограничены только выдачей препарата) программы. Также планируется открытие еще одного «спутникового» сайта (в момент проведения оценки работы по его открытию находились на стадии завершения). На этапе открытия сайтов, поддержка (на сумму, эквивалентную около 35 000 долларов США) заключалась в приведении в надлежащее состояние (ремонт, сигнализация, мебель, оборудование) помещений, где осуществляется хранение и распределение препарата, включая зал ожидания для пациентов и кабинет врача. После открытия сайтов, поддержка их функционирования со стороны CDC/PEPFAR включает в себя полное покрытие следующих расходов: зарплата сотрудников сайта, текущие расходы, тесты, менторские визиты (Музафаров, письменная коммуникация с автором, 2020).

Единственным публично доступным документом, содержащим информацию об объемах финансирования программ ПТАО в стране является План реализации Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан на 2017–2020 годы, утвержденный в 2017 году (МЗ и СЗН РТ, 2017). Задачи и мероприятия, касающиеся ПТАО (таблица 1), а также финансовые данные, представленные в этом документе, являются плановыми и не отражают реальной ситуации с финансированием программ ПТАО.

Согласно Плану, должно быть обеспечено совместное финансирование услуг ПТАО как за счет государственных средств, так и за счет донорской поддержки. Ожидаемые результаты

подразумевают, что к концу 2020 года 4 620 человек, или 20 % от оценочного числа людей, употребляющих инъекционные наркотики, получают опиоидную заместительную терапию. Необходимое финансирование для реализации всех мероприятий, касающихся ПТАО, в 2017–2020 годах составляет 23 811 816 сомони, что эквивалентно 3 052 797 долларам США на четыре года, или ежегодно около 763 тыс. долларов США². При этом, в бюджете всего Плана реализации Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан имеется значительный дефицит, который в целом составляет 58,2 % от объема средств, необходимых для реализации запланированных мероприятий в 2017 - 2020 годах.

Как отмечалось выше, данная финансовая информация приводится лишь в целях иллюстрации намерений страны, в то время как в реальной ситуации подавляющая часть расходов, связанных с оказанием услуг ПТАО, покрывается за счет внешнего финансирования.

Таблица 1. Задачи и мероприятия, связанные с ПТАО, объем и источники финансирования согласно Плану реализации Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ в Республике Таджикистан на 2017–2020 годы (МЗ и СЗН РТ, 2017), в сомони

№	Задачи/планируемые мероприятия	Годы				Источники финансирования
		2017	2018	2019	2020	
1	Закупка метадона для программ ПТАО	1 794 592	2 182 400	2 291 888	3 024 800	ГФ, МЗ и СЗН РТ
2	Создание и оснащение новых пунктов ПТАО	374 400	378 300	350 000	499 200	МЗ и СЗН РТ, ГФ, РЕПФАР
3	Закупка дополнительного оборудования для существующих пунктов ПТАО	0	367 536	0	0	ГФ, РЕПФАР
4	Финансовая поддержка новых и существующих пунктов ПТАО	538 200	709 800	801 700	954 720	МЗ и СЗН РТ, ГФ, РЕПФАР
5	Разработка и внедрение дорожной карты развития сервисов пункта обмена шприцов и ПТАО	53 040	0	0	0	ГУ РЦ СПИД
6	Пересмотр, внедрение и применение новых клинических руководств и протоколов для ПТАО	17 160	17 160	17 160	17 160	МЗ и СЗН РТ, ГФ, РЕПФАР, Общественные объединения
7	Обеспечение регулярного мониторинга качества услуг и обучение медицинских работников пунктов ПТАО	234 000	234 000	292 500	292 500	МЗ и СЗН РТ, ГФ, РЕПФАР
8	Закупка метадона для нужд программ ПТАО в исправительных учреждениях	973 440	1 123 200	1 497 600	1 647 360	МЗ и СЗН РТ, ГФ

² По заложенному в Плате обменному курсу, равному 7,8 сомони за 1 доллар США.

№	Задачи/планируемые мероприятия	Годы				Источники финансирования
		2017	2018	2019	2020	
9	Обучение работников исправительных учреждений основам снижения вреда и ПТАО	111 540	113 100	113 100	113 100	МЮ РТ, МЗ и СЗН РТ
10	Обучение тюремного медперсонала по ведению случаев инфекций, передающихся половым путем, и ПТАО	71 760	71 760	81 900	85 800	МЮ РТ, МЗ и СЗН РТ
11	Обоснование и при необходимости внедрение 5 пунктов ПТАО в пенитенциарной системе	57 720	70 200	171 600	234 000	МЮ РТ, МЗ и СЗН РТ
12	Расширение экспресс-тестирования капиллярной крови ключевых групп населения повышенного риска к вирусу иммунодефицита человека на базе пунктов ПТАО, добровольного консультирования и тестирования, кожно-венерологических диспансеров и фтизиатрических учреждений	0	284 700	0	200 300	МЗ и СЗН РТ
13	Внедрение единой системы предоставления услуг на базе служб вируса иммунодефицита человека/ туберкулеза/ПТАО/ антенатальной клиники/ первичной медико-санитарной помощи для ВИЧ- положительных людей	182 520	171 600	171 600	171 600	МЗ и СЗН РТ, ГФ, РЕПФАР, ЮНИСЕФ
14	Обучение назначению и/или ведению антиретровирусной терапии в центрах туберкулеза, инфекционных больницах, центрах репродуктивного здоровья и пунктах ПТАО	0	195 000	0	197 200	МЗ и СЗН РТ, ГФ, РЕПФАР

№	Задачи/планируемые мероприятия	Годы				Источники финансирования
		2017	2018	2019	2020	
15	Ведение антиретровирусной терапии во всех пунктах ПТАО	59 000	39 000	39 000	39 000	МЗ и СЗН РТ, ГФ, РЕПФАР
16	Создание пилотных центров передового опыта, оказывающих интегрированную помощь для людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (антиретровирусная терапия, ПТАО, туберкулез, оппортунистические инфекции)	81 900	0	0	0	МЗ и СЗН РТ, ГФ
ИТОГО ПО ГОДАМ (В СОМОНИ) :		4 549 272	5 957 756	5 828 048	7 476 740	
ИТОГО ПО ВСЕМ ЗАДАЧАМ/МЕРОПРИЯТИЯМ, КАСАЮЩИМСЯ ПТАО НА 2017 - 2020 ГГ. :		23 811 816 сомони, или 3 052 797 долларов США				

Согласно сообщениям самих участников программы ПТАО в Таджикистане, некоторые из них покрывали за счет собственных средств часть расходов, связанных со сдачей необходимых анализов (от 20 до 200 сомони, согласно информации, предоставленной экспертами и участниками программы) на этапе включения в программу. Это связано с Постановлением Правительства РТ № 600 от 02.12.2008 года, Порядком оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан учреждениями государственной системы здравоохранения и последующими приказами и соответствующими документами регуляторного характера, изданными и утвержденными в разное время в 2014 году, согласно которым, помимо прочего, были определены перечень бесплатных медико-санитарных услуг, оказываемых гражданам РТ учреждениями государственной системы здравоохранения, правила сооплаты медико-санитарных услуг, а также виды, объемы и стоимость оказываемых медицинских услуг.

4.3 Человеческие ресурсы

До введения в действие Кодекса здравоохранения РТ в 2017 году, после чего утратил силу Закон РТ «О наркологической помощи», в Таджикистане действовал прямой законодательный запрет на лечение «больных наркологическими заболеваниями» в амбулаторных и стационарных условиях вне специализированных наркологических учреждений, за исключением случаев принудительного лечения. Но несмотря на то, что в Кодексе здравоохранения эта норма не была сохранена, в стране все еще продолжает сохраняться монополия наркологии на предоставление наркологической помощи, включая услуги ПТАО. Это связано с тем, что как в Кодексе здравоохранения, так и в действующих приказах МС и СЗН РТ («О совершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан»), руководствах и протоколах идет речь о наркологической помощи исключительно как о специализированной помощи, которая

оказывается в учреждениях наркологической службы/наркологических учреждениях («наркологические больницы, центры, реабилитационные отделения или центры для оказания медико-социальной реабилитации наркологическим больным, кабинеты нарколога в городских и районных центрах здоровья, где в тесном сотрудничестве со службами первичной медико-санитарной помощи оказывается специализированная медицинская помощь лицам, страдающим наркологическими заболеваниями») наркологами и психиатрами, согласно утвержденным стандартам наркологической помощи и пр. В этих документах нигде не содержится прямого и недвусмысленно выраженного разрешения врачам общей практики/семейным врачам и врачам других специальностей оказывать медицинские услуги наркологического профиля.

По сведениям, представленным национальными ведомствами в 2019 году, по состоянию на конец 2017 года в стране функционировало 71 специализированное наркологическое учреждение, в том числе 5 наркологических центров, 52 наркологических кабинета, 1 подростковый наркологический кабинет, 12 наркологических стационаров и 1 Республиканский центр медико-социальной реабилитации, в которых было трудоустроено 67 врачей-наркологов (Махсутов и соавторы, 2019).

Из 15 функционирующих в стране сайтов ПТАО, несколько расположено на уровне ПМСП, на базе Центров здоровья, но в штатное расписание этих сайтов не входят врачи общей практики/семейные врачи.

В настоящее время в рамках реализуемой в стране программы ПТАО, которая финансируется за счет гранта ГФ, кадровые ресурсы разделены на 2 группы: руководящий состав и прямые исполнители на местах. В руководящий состав программы ПТАО на национальном уровне входит 6 штатных единиц, которые включают в себя координирующий, управленческий, образовательный и административный персонал.

Помимо этих позиций национального уровня, на каждом сайте ПТАО согласно штатному расписанию предусмотрена 1 вакансия менеджера пункта ОЗТ, также относящаяся к категории руководящего персонала, и следующие вакансии прямых исполнителей на местах:

- нарколог
- психолог
- социальный работник
- фармацевт
- фельдшер-лаборант
- санитар/ка
- медицинская сестра/брат
- охранник

Также имеется ставка навигатора (равный консультант), который нанимается из числа сотрудников общественных организаций. Данная ставка поддерживается ICAP в рамках оказания интегрированных услуг по ВИЧ, ТБ и ПТАО и межинституциональной интеграции наркологических учреждений и НПО. Учитывая то, что по состоянию на 31.12.2019 г. количество

клиентов на каждом сайте сильно отличалось и варьировалось в диапазоне от 15 (наркологический диспансер, г. Истаравшан) до 109 (Республиканский клинический центр наркологии, г. Душанбе), рабочая нагрузка на одного сотрудника может существенно различаться в зависимости от сайта.

С финансовой точки зрения, при переходе программ ПТАО на национальное финансирование, сохранение действующей штатной структуры сайтов ПТАО будет представлять значительную проблему в связи ограниченностью расходов на здравоохранение в Таджикистане. Необходимо будет изучить целесообразность такой структуры, возможности ее адаптации с учетом рабочей нагрузки на отдельном сайте и оптимизации с учетом имеющихся ограниченных ресурсов.

Крайне важно отметить, что ситуация с квалифицированными человеческими ресурсами здравоохранения в стране в целом характеризуется наличием ряда существенных вызовов, включая отсутствие системы стратегического планирования человеческих ресурсов, нехватку медицинского персонала, масштабную миграцию и связанный с ней отток квалифицированных кадров, значительное географическое неравенство в распределении медицинского персонала и неблагоприятные условия труда (при средней заработной плате медицинского работника около 85 долларов США в месяц). Помимо этого, в Таджикистане остро стоит проблема подготовки врачей по некоторым специальностям, и это особенно касается психиатров-наркологов (Национальная стратегия здравоохранения и благосостояния населения Республики Таджикистан на 2021 – 2030 годы, проект документа от 27.11.2019 г.). Не лучше и положение с обеспечением медицинских учреждений социальными работниками и психологами (Интервью с экспертами, 2020).

Такая сложная ситуация с человеческими ресурсами здравоохранения в стране не может не отражаться и на программах ПТАО в Таджикистане. Как отмечалось в ранее проведенных оценках, «ни в одном из пунктов ОЗТ, включенных в выборку, функции социального работника не выполнялись сотрудниками, имеющими специальное образование по социальной работе. Чаще всего для этой работы привлекались врачи и медицинские сестры. Во всех пунктах ОЗТ отсутствовали штатные психологи» (Болтаев и соавторы, 2013). В недавнем анализе работы сайтов ПТАО также отмечалось, «что работа в пунктах ОЗТ объемная, вызывает стресс. Большинство сотрудников указывает, что работает с большим количеством пациентов, не хватает работников, хотелось бы большей зарплаты» (Ширвинскене, 2018). В настоящее время ситуация сильно не изменилась, и то, что в штатном расписании предусмотрены определенные позиции, еще не означает, (1) что они реально заполнены и (2) заполнены компетентными сотрудниками, обладающими необходимыми знаниями и навыками (Интервью с экспертами, 2020).

«У медицинских работников, которые работают на сайтах, очень слабый потенциал, нет наркологов, нет соцработников. Врачи уезжают в Россию по переселению. Сотрудники дружелюбные, но зачастую не компетентные с профессиональной точки зрения».

(Интервью с экспертами, 2020)

Проблема отсутствия специалистов на сайтах ПТАО за пределами столицы, а также при городских центрах здоровья (№ 14 и № 3) является особенно актуальной в настоящее время. Программы ПТАО также сталкиваются с оттоком кадров, связанным с низкой финансовой мотивацией персонала (Интервью с экспертами, 2020).

Хотя в недавних отчетах сообщалось о том, что ежегодно для наркологической службы подготавливаются 5 интернов и 2 клинических ординатора, реальное положение дел не столь оптимистичное. При додипломной медицинской подготовке студентов, вопросы ПТАО лишь коротко и в общих чертах освещаются в рамках лекций по психиатрии и наркологии. Студентов также водят на сайты программы ПТАО для короткого ознакомления с организационно-практическими аспектами программы (Интервью с экспертами, 2020). В подробной форме тема ПТАО не включена в учебную программу даже для обучения будущих наркологов, тех студентов, которые «уже практически закончили общеврачебную подготовку и проходят интернатуру» (Интервью с экспертами, 2020). Соответственно, сотрудники программ ПТАО проходят специальное обучение уже непосредственно на рабочем месте. Оно включает в себя различные тренинги, семинары, менторские визиты и мероприятия по повышению потенциала, а также образовательные поездки, которые организуются в рамках поддержки со стороны ГФ и других доноров и международных организаций, предоставляющих техническую помощь. Такими образовательными инициативами охвачен прежде всего врачебный персонал, что негативно сказывается на обучении медицинских сестер/братьев.

«Ну а вообще, люди не идут в наркологию. В прошлом году один был интерн, и тот ушел. Перестал ходить, перешел на другую специальность, просто перестал появляться, и все». В этом году, вроде бы, один интерн опять есть, но не знаю, сколько он продержится... А почему не идут? Здесь может быть много разных причин, но думаю, что одна из основных причин – нежелание работать с людьми с психическими расстройствами и наркологическими заболеваниями, параллельно с желанием пойти работать туда, где потом будет доход от неформальных платежей большого потока пациентов».

(Интервью с экспертами, 2020)

В целом по психиатрии и наркологии за последние два десятилетия наблюдается такая ситуация, где одна часть квалифицированного персонала уехала из страны, а вторая часть, которая осталась – некоторые уже в «преклонном возрасте», а «молодежь все меньше и меньше идет». «Квалифицированных наркологов у нас – раз, два и обчелся». «И если эта динамика будет продолжаться, то через двадцать лет будет совсем “труба”» (Интервью с экспертами, 2020).

Очевидно, что при наличии подобных проблем с человеческими ресурсами наркологической службы, дальнейшее сохранение монополии наркологии на предоставление программы ПТАО в Таджикистане будет представлять значительный барьер для обеспечения ее устойчивости и достижения рекомендуемого охвата (который в настоящее время является крайне низким). Необходимо как можно раньше обеспечить возможность врачам общей практики/семейным

врачам, врачам других специальностей оказывать медицинские услуги ПТАО. Единственным особым условием для допуска медицинского персонала, в пределах своих компетенций, должно быть прохождение специального аккредитованного курса обучения, подтвержденное соответствующим сертификатом. Такое обучение может быть как очным, в традиционном понимании этой формы обучения, так и очно-дистанционным, включающим в себя видеолекции, практические задания, самостоятельную работу и тестирование. После завершения дистанционного компонента обучения и сдачи контрольных тестов, слушатель получал бы допуск до очного компонента, который был бы организован на базе аккредитованного провайдера последипломного образования, был бы интенсивным и краткосрочным, сочетал бы в себе семинарские и практические занятия и завершался бы финальным экзаменом. Важно отметить, что такое очное и очно-дистанционное обучение уже успешно проводится в регионе, и его внедрение в Таджикистане потребует лишь определенную адаптацию (без необходимости полностью разрабатывать новый курс).

Согласно рекомендациям ВОЗ, фармакологическое лечение опиоидной зависимости должно быть повсеместно доступным, и это может включать осуществление лечения в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Пациенты с коморбидными расстройствами могут проходить лечение в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, если таковые могут обеспечить, при необходимости, консультацию специалиста (ВОЗ, 2009).

Программы ПТАО предоставляются в учреждениях первичной медико-санитарной помощи во многих странах, где такие программы доступны (Басенко и соавторы, 2017; Subata, 2012). Интеграция программ ПТАО в первичное звено медико-санитарной помощи позволяет достичь многих преимуществ, включая повышение географической доступности, большую интеграцию медицинских и психиатрических/наркологических услуг, снижение стигматизации людей с наркотической зависимостью, уменьшение профессиональной изоляции медицинского персонала, избежание большого скопления клиентов программ ПТАО, сокращение финансовых издержек (ВОЗ, 2009). При этом, постановка диагноза опиоидной зависимости остается прерогативой психиатров-наркологов, которые также выполняют ряд других важных функций (могут включать в себя назначение ПТАО, индукцию и стабилизацию на определенной дозе, ведение пациентов со сложными коморбидными состояниями и пр.).

4.4 Доказательная база и информационные системы

За последнее десятилетие, с момента, когда в стране было принято решение о внедрении ПТАО, и до настоящего времени, было проведено и опубликовано несколько оценок и обзорных работ относительно реализации данной программы в Таджикистане. К ним относятся следующие (в хронологической последовательности):

1. Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости (Евразийская сеть снижения вреда. Авторы: А. Латыпов, Д. Отиашвили, О. Айзберг и А. Болтаев, 2010);
2. Опиоидная заместительная терапия в Евразии: как повысить доступ и улучшить качество (в обзоре также рассматриваются аспекты программы ПТАО в Таджикистане) (Международный консорциум по наркополитике. Авторы: А. Латыпов, А. Бидординова и А. Хачатрян, 2012);

3. Оценка программы опиоидной заместительной терапии в Республике Таджикистан (ICAP. Авторы: А. Болтаев, А. Дерябина, С. Холов, и А. Ховард, 2013);
4. ВИЧ/СПИД в Таджикистане. Среднесрочная оценка Национальной программы по противодействию ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 годы (в которой также отдельно рассматриваются многие аспекты программы ПТАО) (ВОЗ. Авторы: Laukamm-Josten, U., Khotenashvili, L., Akkazieva, B., Antonyak, S., Cebotari, S., Cosmaro, L., Hasanova, S., Kadandale, S., Kobushcha, Iu., Mimica, J., Scutelnicu, O., & Subata, E., 2014). [На английском языке];
5. Факторы, влияющие на приверженность к программе опиоидной заместительной терапии в г. Худжанд, Таджикистан. Отчет об исследовании. (Общественная организация «Худжанд». Авторы: А. Шарипов, И. Неъматов и А. Абдугаффаров, 2017);
6. Анализ работы сайтов опиоидной заместительной терапии в Таджикистане (УНП ООН. Автор: А. Ширвинскене, 2018).

Во всех перечисленных работах не было отмечено участие местного научного сообщества, а вся работа финансировалась за счет международных средств. В этих оценках активное участие принимало профессиональное сообщество. Хотя ни одна из этих оценок не проводилась непосредственно самими участниками программ ПТАО, они принимали активное участие в этих оценках, имели возможность поделиться своими взглядами и восприятием проблем, их мнения были учтены и должным образом отражены в финальных отчетах. В 2015 году силами сообщества ЛУИН в партнерстве с ГУ РЦ СПИД был подготовлен Национальный отчет «Программа снижения вреда в Республике Таджикистан – кому платить за здоровье нации», который был направлен на продвижение рекомендаций по усовершенствованию программ снижения вреда на уровне страны (СПИН Плюс, 2015). Кроме этого, со стороны ICAP в 2017 году была проведена «Оценка пилотной программы по оказанию интегрированных ОЗТ, ТБ и ВИЧ-услуг людям, употребляющим инъекционные наркотики, в Таджикистане».

Кроме исследований, напрямую касающихся программ ПТАО, в Таджикистане при донорской поддержке регулярно проводится Интегрированное биоповеденческое исследование среди ЛУИН, одним из результатов которого является оценка численности этой популяции. Эта оценочная численность ЛУИН затем используется для расчета текущей потребности в услугах, а также применяется в качестве знаменателя при расчете охвата услугами ПТАО и имеющихся пробелов. Последний раз такая оценка проводилась в 2018 году и ее результаты были представлены в ноябре 2019 года.

Одним из результатов оценки, завершённой ICAP в 2013 году, было выявление того, что «система мониторинга и оценки (МиО) программы ОЗТ в Таджикистане имеет ряд недостатков, включая отсутствие механизма сбора и анализа данных, полученных в пунктах ОЗТ. Система МиО также не позволяет в достаточной степени оценить качество оказываемых услуг, удовлетворенность пациентов программой и влияние ОЗТ на их половое, инъекционное и криминальное поведение». В качестве ответных действий, было рекомендовано «улучшить процедуры мониторинга и оценки ОЗТ, обеспечив сбор и анализ данных, связанных как с непосредственным оказанием услуг, так и с влиянием ОЗТ на пациентов» и «обеспечить стандартизацию информации, собираемой с разных пунктов выдачи ОЗТ, упростить отчетные формы, а также

внедрить электронную систему мониторинга программ ОЗТ, что будет способствовать улучшению качества данных и снижению объема бумажной работы для сотрудников» (Болтаев и соавторы, 2013).

В последующие годы данная рекомендация была выполнена благодаря донорской поддержке и технической помощи со стороны ICAP. Были определены задачи, проведен необходимый анализ, разработаны формы, дизайн и архитектура информационной системы и создан Электронный регистр поддерживающей заместительной терапии (ЭРЗПТ). В рамках исполнения приказа № 333 «О внедрении электронного регистра пациентов заместительной поддерживающей терапии метадонном в Республике Таджикистан» МЗ и СЗН РТ от 16.04.2015 г., ЭРЗПТ внедрен во всех сайтах ПТАО в Таджикистане (Ивакин, 2015; Маликов, 2020а).

Согласно Руководству по применению регистра, «ЭРЗПТ - web-ориентированная информационная медицинская система для сбора, хранения и обработки данных о всех пациентах, находящихся в программе ЗПТМ. ЭРЗПТ является полноценным инструментом для мониторинга деятельности сайтов ЗПТМ, позволяет осуществлять удаленный контроль качества предоставления услуг и оценивать эффективность ЗПТМ на различных уровнях (на уровне сайта, областном и республиканском) путем предоставления данных любой степени детализации. ЭРЗПТ содержит социально-демографические характеристики пациентов на ЗПТМ в динамике (половозрастной состав, социальный и семейный статус, образование и семейное положение, судимости в анамнезе), время нахождения в программе, дозировки и причины их изменения, сведения о ВИЧ-инфицированных пациентах (диспансерный учет (Д-учет) в центрах СПИД, стадия ВИЧ-инфекции, антиретровирусная терапия (АРТ) и ее эффективность, результаты СД4 и ВН), данные о случаях, лечении и исходах ТБ, причины выхода из программы, причины смерти и др.».

«Система ЭРЗПТ представляет с собой онлайн систему, которая находится на сайте <https://emr.icarapps.tj> и доступ осуществляется при наличии связи с интернетом. Для максимальной безопасности используется защищенное подключение к веб-сайту с использованием протокола TLS 1.2., в качестве механизма обмена ключами используется ECDHE_RSA. Для входа на сайт необходимо установить на компьютер каждого пользователя сертификат, без которого доступ не возможен. Каждый устанавливаемый сертификат имеет ограничение срока действия на 1 год, что после окончания требует повторного создания сертификата и установки».

(Маликов и соавторы, 2018)

В настоящее время данная информационная система полностью передана национальным партнерам по реализации программы ПТАО в Таджикистане, которые несут ответственность за качество данных в системе и ее использование для анализа текущей ситуации и достигнутого прогресса, равно как и для принятия соответствующими органами информированных решений по дальнейшему совершенствованию программ ПТАО.

Тем не менее, несмотря на наличие такой информационной системы, регулярные отчеты о реализации программы ПТАО в Таджикистане не публикуются. Обычной практикой является подготовка презентаций, которые представляются ведущими сотрудниками, входящими в руководящий состав программы, в рамках технических встреч с участием заинтересованных сторон. Широкой общественности, профессиональному сообществу и сообществу клиентов программы ПТАО такие презентации, по большому счету, не доступны.

Более того, как видно из представленной ниже сопоставительной таблицы, многие из рекомендаций, отраженных в предыдущих оценках программы ПТАО в Таджикистане, остаются невыполненными, либо они выполнены лишь частично. С этой точки зрения, программу ПТАО в Таджикистане можно охарактеризовать как имеющую «хронические», структурные недостатки, которые зачастую были предопределены регуляторно-правовой средой, уже сформировавшейся в стране к моменту запуска программы, и/или которые были заложены в организационно-методические и процедуральные основы программы на самых начальных этапах ее внедрения. Значительная часть проблем также связана со слабым потенциалом и человеческими ресурсами. В **Приложении 4** представлены обобщенные данные по всем предыдущим оценкам программ ПТАО в Таджикистане, отражающие выявленные ими недостатки, предложенные рекомендации и возможности для улучшения.

5 Основные результаты: Услуги

Услуги	Умеренный уровень риска
Наличие и охват	Высокий уровень риска
Доступность	Средняя устойчивость
Качество и интеграция	Средняя устойчивость

5.1 Наличие и охват

Как было отмечено ранее, в настоящее время программы ПТАО в Таджикистане предоставляются прежде всего на базе специализированных наркологических и психиатрических учреждений, включая Республиканский клинический центр наркологии, областные наркологические центры, психоневрологические учреждения, наркологические отделения, а кроме того – в центрах здоровья и двух учреждениях пенитенциарной системы.

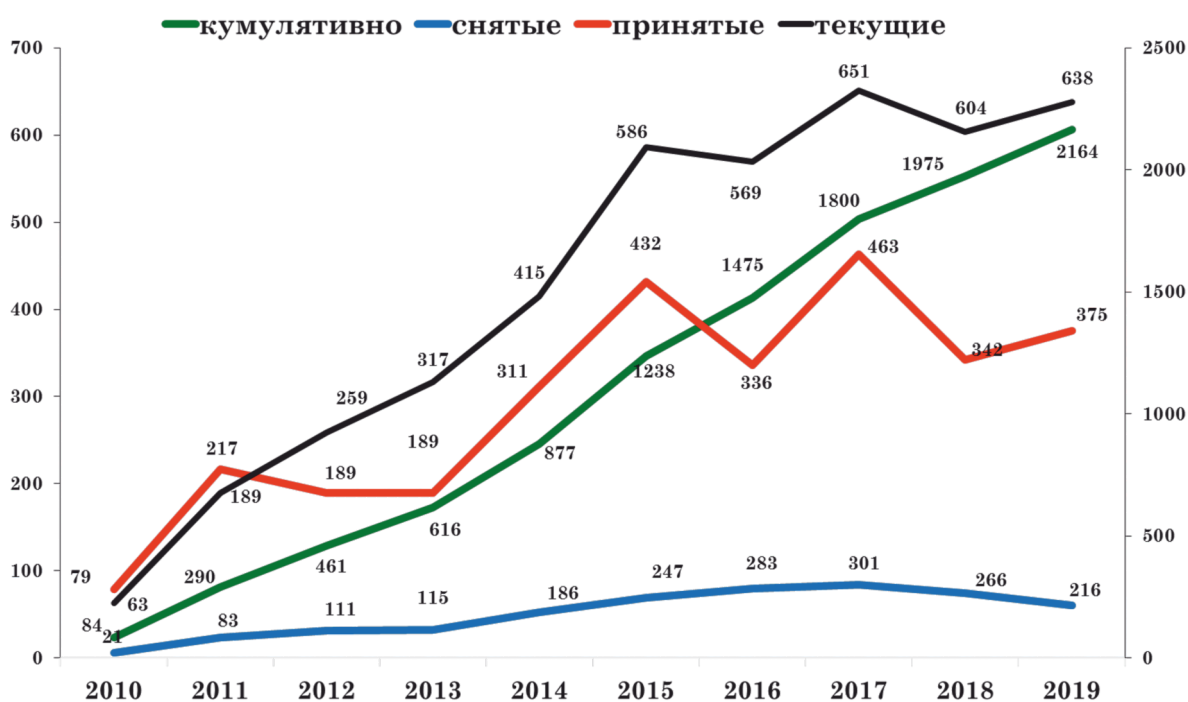
Программа ПТАО предоставляется амбулаторно. В тех случаях, когда участники программы по каким-либо причинам госпитализируются в стационарные учреждения здравоохранения, персонал программы организует и обеспечивает прием препарата пациентом в стационарных условиях.

Несмотря на наличие нескольких сайтов на уровне ПМСП, в предоставление услуг на этих сайтах вовлечены специалисты наркологии, а не врачи общей практики/семейные врачи. На базе частных медицинских учреждений ПТАО не предоставляется, но имеются планы по открытию сайта в рамках государственно-частного партнерства.

Хотя действующие руководства и клинические протоколы предусматривают выдачу препарата для приема на дому, эта процедура на практике не применяется.

Согласно данным, представленным в январе 2020 года на встрече партнеров по рассмотрению успехов, проблем и дальнейших планов по реализации программы ПТАО в Таджикистане, по состоянию на 31 декабря 2019 года на существующих 15 сайтах поддерживающую терапию агонистами опиатов принимало 638 человек, включая 32 (5 %) женщины (эти цифры могут иметь незначительные отклонения (несколько человек) от обновленных данных в ЭРПЗТ).

Диаграмма 1. Динамика клиентов программы ПТАО в Республике Таджикистан, 2010 - 2019 гг.



Источник: Ким, 2020. ГУ РКЦН.

Учитывая, что в 2018 году оценочное количество ЛУИН, употребляющих опиаты, составляло 22 208 человек, уровень охвата программами ПТАО составляет лишь около 2,9 % и не отвечает рекомендациям ВОЗ и других международных организаций, согласно которым любой уровень охвата ниже 20 % считается низким.

В двух учреждениях пенитенциарной системы страны ПТАО предоставляется крайне ограниченному количеству человек с опиоидной зависимостью (около 20 человек), которые были осуждены и отбывают наказание в тюрьмах. Программа ПТАО не доступна в изоляторах временного содержания/следственных изоляторах. Клиенты программы ПТАО в гражданском секторе не могут продолжать получать ПТАО в случае ареста и помещения в изоляторы временного содержания/следственные изоляторы и вынужденно прекращают терапию. В настоящее время, ПТАО не предоставляется женщинам-заключенным.

«Программа в тюрьмах сталкивается со множеством проблем. Многие наркоторговцы сидят как якобы «наркозависимые», так как это помогло им получить меньший срок, но на самом деле они не нуждаются ни в какой ПТАО. Те, кто действительно зависимые, зачастую сидят за кражи и не хотят раскрывать свой статус и участвовать в программе, так как это влечет за собой повышенное внимание, учет и контроль со стороны персонала тюрем. Кроме того, еще на стадии нахождения в СИЗО многие наркозависимые проходят через абстинентный синдром и потом уже могут вообще не хотеть идти в программу и принимать метадон».

(Интервью с экспертами, 2020)

Таким образом, ситуацию в области наличия и охвата программ ПТАО в стране в целом можно охарактеризовать как имеющую низкую степень устойчивости с высоким уровнем риска.

Концентрация услуг ПТАО в наркологических учреждениях способствует стигматизации людей с наркотической зависимостью и отталкивает определенную часть клиентов, которые хотели бы принять участие в программе, но избегают их посещения. Недостаточная децентрализация услуг ПТАО на первичное звено медико-санитарной помощи приводит к ограниченному наличию и географической доступности, что, опять-таки, негативно отражается на уровне охвата. Но, пожалуй, самым серьезным организационным и операционным барьером для адекватного охвата и устойчивости программы ПТАО является невыдача препарата на дом стабильным клиентам, причем без наличия каких-либо административно-регуляторных и нормативно-правовых запретов на этот счет. Об этой проблеме говорили практически все национальные эксперты. Она подчеркивалась во всех предыдущих оценках программы ПТАО в стране. Но сильнее всего острота этой проблемы звучала в словах самих участников программы.

«В основном народ страдает. На руки не дают, люди вынуждены каждый день приходить в программу, на пункты выдачи препарата. Человек полностью привязан, никуда вообще уехать не может. Метадон облегчил нам жизнь, но в то же время – усложнил. Получается как замкнутый круг...»

«Если бы была возможность одну вещь изменить в программе, что мы бы сделали? Чтобы на руки метадон выдавали! Хотя бы на выходные можно было бы выдавать... Есть больные люди, которые дома лежат, не могут ходить, на костылях, каждый день даже они должны приезжать, по 20–30 сомони тратить на такси, это вообще ужасно. У нас сколько таких ребят... Кто-то подпись одну не может поставить, чтобы разрешили, и столько людей из-за этого мучаются и страдают. Что с этим делать, мы не знаем».

(Дискуссия в фокус-группе, 2020)

Неприменение процедуры выдачи препарата на дом создает серьезные проблемы с доступом как в городской, так и в сельской местности. Для клиентов, живущих в поселках с недостаточно развитой транспортной инфраструктурой в 15 - 20 километрах от сайтов ПТАО, ежедневные поездки за суточной дозой препарата, особенно в зимнее время, могут стать главной причиной выхода из программы (Ширвинскене, 2018).

Невыдача препарата на дом, по мнению национальных экспертов, прежде всего объясняется опасениями отдельных должностных лиц, ответственных за принятие соответствующего решения, в том, что это приведет к повышенному риску утечки препарата в незаконный оборот. Хотя потенциальные риски утечки контролируемого препарата существуют при любых моделях программы, при соблюдении должных мер, социальная, экономическая и медицинская польза от внедрения процедуры выдачи препарата стабильным клиентам для самостоятельного приема на дому несравненно выше этих рисков.

«На руки не дают, думают, что будет там что-то налево, направо уходить. Вот пусть те кто это делают, сами и отвечают перед законом. Почему мы все должны страдать из-за этого?»

(Дискуссия в фокус-группе, 2020)

Программы ПТАО и COVID-19

Сегодня, когда страны мира столкнулись с пандемией коронавирусного заболевания COVID-19, модели предоставления услуг ПТАО в Таджикистане, обуславливающие большое скопление клиентов программ ПТАО (многие из которых могут иметь слабый иммунитет, заболевания легких и другие сопутствующие медицинские состояния) в учреждениях наркологической службы и вынужденные ежедневные визиты на сайты ПТАО, идут в разрез с рекомендуемыми ВОЗ нефармацевтическими мерами по предотвращению передачи инфекции.

Так, в связи с пандемией коронавирусной инфекции, для обеспечения карантинных мер и социального дистанцирования в Грузии было принято решение о внедрении с 18 марта 2020 года процедуры выдачи 5 ежедневных доз препарата каждую неделю всем клиентам программы ПТАО для самостоятельного приема на дому (Отиашвили, коммуникация с автором, 2020). В Украине профессиональное сообщество и клиенты программ ПТАО также активно обсуждают и внедряют дополнительные процедуры по упрощенной выдаче препарата на дом, чтобы способствовать выполнению правил карантина, санитарно-гигиенических, санитарно-противоэпидемических правил и норм. В связи с этим, 18 марта 2020 года Министерство здравоохранения Украины рекомендовало для исполнения следующие меры (Министерство здравоохранения Украины, 2020; Иванчук, письменная коммуникация с автором, 2020):

- перевести всех пациентов на самостоятельный прием препаратов, пользуясь положением о стационаре на дому;
- организовать выдачу препаратов на дом таким образом, чтобы в помещении одновременно находился один пациент, расстояние между пациентами в очереди было не менее 1,5 метра;
- разработать индивидуальные графики посещения пациентами кабинета ПТАО и увеличить часы работы кабинета;
- все консультации по возможности перевести в формат онлайн.

Эти примеры (см. также Позицию Correlation-Европейской сети снижения вреда и Евразийской ассоциации снижения вреда о непрерывности услуг по снижению вреда во время кризиса, связанного с COVID-19) наглядно демонстрируют подходы к реагированию в отдельных странах региона ВЕЦА на чрезвычайную ситуацию путем проявления гибкости и принятия взвешенных решений, когда польза от мер по предотвращению распространения коронавирусной инфекции гораздо больше любых возможных рисков незначительной утечки контролируемых препаратов в незаконный оборот.

В нынешних условиях вопрос внедрения процедуры выдачи препарата на дом участникам программ ПТАО в Таджикистане требует безотлагательного рассмотрения и положительного решения.

5.2 Доступность

Сайты программы ПТАО открыты в различных регионах и городах Таджикистана, включая столицу республики г. Душанбе, а также г. Худжанд, г. Хорог, г. Бохтар, г. Куляб, г. Пенджикент, г. Вахдат, г. Бустон, г. Истаравшан и район Рудаки. В городах Душанбе и Хорог функционируют несколько сайтов. Эти сайты обеспечивают существенный географический охват, хотя территориально остается не покрытой северо-восточная часть республики, некоторые основные города и поселения Согдийской области, Хатлонской области и Горно-Бадахшанской автономной области, особенно в приграничных с Афганистаном районах. В предыдущих оценках было отмечено, что в Горно-Бадахшанской автономной области «много лиц, зависимых от опиоидов, живут не в самом городе Хороге, а, например, в Поршиневе, в котором употребление опиоидов распространено широко, поэтому для большинства зависимых от опиоидов лиц из-за теперешнего расстояния эта услуга не доступна» (Ширвинскене, 2018).

Действующие на момент оценки показания и условия для включения в программу ПТАО не требуют подтверждения наличия предыдущих неудачных попыток прохождения лечения от опиоидной зависимости (хотя изначально это было одним из требований). Кроме того, в национальных руководствах и протоколах четко определяется, что потребление нелегальных наркотиков не является критерием для исключения участников из программы ПТАО. Эти требования, прописанные в национальных документах, соблюдаются, по меньшей мере, в большинстве пунктов ПТАО, что было подтверждено как экспертами, так и самими участниками («раньше было жестче, сейчас терпимей относятся»).

Согласно принятым руководствам и протоколам, для каждого участника должны проводиться оценка и мониторинг состояния, составляться индивидуальные планы лечения и анализов, а также индивидуальные планы сопровождения. Тем не менее, на практике отмечалось, что планы лечения, помощи либо выхода из программы могут составляться весьма формально, без индивидуализации и без учета стадии изменения поведения клиента (Шарипов и соавторы, 2017; Ширвинскене, 2018).

« - Когда ты пришел первый раз, тебе объяснили, что такое метадон, минусы и плюсы ?

- Нет, не проинформировали, просто договор подписали и всё. Это потом, со временем мы стали узнавать что как, что к чему».

(Шарипов и соавторы, 2017)

Руководства и протоколы по ПТАО также не содержат дискриминирующих ограничений в отношении ряда групп населения с особыми потребностями. Потребности таких групп, как беременные женщины, выделены в них особо. Однако, как было отмечено национальными экспертами и как подчеркивалось в недавнем исследовании работы сайтов ПТАО на местах, потребности женщин, употребляющих наркотики, и молодых потребителей могут не всегда быть учтены.

«Это иллюстрирует и одно интервью с пациенткой одного из сайтов ОЗТ: пациентка честно ответила о своих проблемах, связанных с воспитанием трёх малолетних детей, зависимостью партнёра и постоянной сменой настроения, и периодами беспокойства. Однако, по её словам, поговорить об этом с наркологом она не может, потому что он мужчина, и она считает, что врач ее не поймёт. Социальный работник, работающий в этой программе, также мужчина. Другие специалисты, работающие в этой программе, например, медсёстры, по её мнению, не понимают всех её проблем и лишь формально предлагают “собраться и жить ради детей”».

(Ширвинскене, 2018)

Действующие руководства и протоколы в качестве противопоказания для включения в программу ПТАО отмечают возраст до 18 лет, что, согласно этим документам, обуславливается невозможностью молодых потребителей опиоидов дать информированное согласие. Этим же обусловлено и противопоказание ПТАО людям с психическими расстройствами. Программы ПТАО также не предусматривают участия в них людей, употребляющих опиоиды неинъекционным путем на момент обращения.

Несмотря на наличие возрастных ограничений в действующих руководствах и протоколах, национальными экспертами было отмечено, что на практике специалисты ориентируются на Оперативное руководство по заместительной поддерживающей терапии от 2009 года (МЗ РТ, 2009), согласно которому «в исключительных случаях пациенты, которые не достигли возраста 18 лет, могут приниматься в программу ЗПТ при наличии специальных показаний и только при письменном согласии родителей или законных представителей, что требует отдельного решения СКК (специальной консультативной комиссии)».

С учетом оценочного количества ЛУИН в стране и необходимости значительно увеличить охват программами ПТАО, текущий потенциал наркологической службы не достаточен для удовлетворения потенциального спроса. Хотя, согласно последним данным, в стране нет списков ожидания на включение в программу ПТАО, уже сейчас национальные эксперты указывают на отдельные случаи отказов в приеме в программу под различными предлогами (отсутствие мест и пр.), но в действительности – чтобы избежать дополнительной рабочей нагрузки (Интервью с экспертами, 2020).

Важно отметить, что услуги, связанные с диагностикой и лечением, оказываемые в амбулаторных и стационарных условиях специализированными наркологическими учреждениями в Таджикистане, являются платными (МЗ и СЗН РТ, 2014). Сюда также входят услуги по детоксикации.

В Приложении 1, Перечне 2 к Правилам сооплаты медико-санитарных услуг, оказываемых гражданам РТ учреждениями государственной системы здравоохранения, утвержденным

совместным приказом МЗ и СЗН РТ и Министерства финансов РТ № 938-135 от 5 ноября 2014 г. также отмечено, что люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, имеют право на бесплатную медицинскую помощь, но только по основному заболеванию. Соответственно, получение услуг, связанных с лечением опиоидной зависимости, является для них платным, равно как и для людей с опиоидной зависимостью с отрицательным ВИЧ-статусом.

Необходимость оплаты наркологических услуг затрудняет доступ как к наркологической помощи в целом (Махсутов и соавторы, 2019), так и к услугам ПТАО в частности (покрытие расходов, связанных со сдачей определенных анализов на этапе включения в программу) (Интервью с экспертами и дискуссия в фокус-группе, 2020).

Хотя в настоящее время непосредственно программа ПТАО является бесплатной для ее участников (по сути, в виде исключения из правил, благодаря донорской поддержке и условиям ее предоставления), многие сталкиваются с необходимостью покрытия расходов, связанных со сдачей определенных анализов на этапе включения в программу. При переходе на национальное финансирование реализация вышеперечисленных нормативно-правовых документов может стать серьезнейшим и еще большим препятствием на пути к достижению устойчивости программ ПТАО в Таджикистане. Для преодоления этого барьера, уже сейчас необходимо принятие соответствующего распоряжения, однозначно определяющего предоставление ПТАО и связанных с ней услуг на бесплатной основе.

В предыдущих оценках программы ПТАО в Республике Таджикистан также отмечалось о рассмотрении рядом ключевых экспертов в стране целесообразности изучения возможности предоставления ПТАО на условиях сооплаты со стороны клиентов программы (Болтаев и соавторы, 2013). Такой механизм используется в моделях предоставления услуг ПТАО в Австралии, Болгарии, Грузии, Гонконге, Индонезии, Иране, Кипре, Латвии, Мексике, Польше, Украине, Франции и Чехии и применяется при выдаче препарата через аптеки и/или частные сайты/клиники, но также и на базе отдельных государственных учреждений (Басенко и соавторы, 2017).

При этом, полная либо частичная оплата со стороны клиентов дает им возможность участия в программе на более привлекательных для себя условиях, таких как, например, получение препарата в аптеке, расположенной недалеко от места жительства; получение препарата для использования на дому на более длительный срок вперед; приобретение препарата в любое удобное для клиента время (например, в 6 часов утра, либо в 11 часов ночи, когда большинство сайтов могут быть закрыты); приобретение препарата по рецепту в аптеке в любом городе страны проживания, что предоставляет клиенту большую свободу передвижения; и/или, как это наглядно демонстрируют слова участников программы ПТАО в городе Худжанде, получение препарата в условиях большей конфиденциальности, позволяющих не пересекаться с другими клиентами программы, чтобы никто кроме самого участника и персонала сайта не знал, что он/она является клиентом программы и т. п. Для всех остальных клиентов, участвующих в программе на общих основаниях (которые, тем не менее, должны быть в полном соответствии с рекомендациями ВОЗ), программы являются бесплатными, и это условие должно обязательно выполняться при рассмотрении возможности внедрения механизма сооплаты.

«Когда в наркологию идёшь, там могут увидеть. Прежде чем войти, машину оставляю далеко. Если там машины стоят, пока они не уедут, жду, вот это убивает моё время. Ещё внутри больницы сделали стоянку, там тоже знакомые. Ну один раз скажешь, что за справкой пришёл, два раза, на третий раз всё равно скажут: “ты что-то там часто”. Есть ребята, которым по барабану, а мне нет, у меня дети, я не хочу, чтобы завтра им сказали, что их отец наркоман или метадонщик».

(Шарипов и соавторы, 2017)

Согласно принятым руководствам и протоколам, сайты ПТАО должны быть открыты 7 дней в неделю и функционировать, как минимум, 7–8 часов в день, за исключением праздничных и воскресных дней, когда время работы сайтов может быть ограничено. На практике время выдачи препарата на всех сайтах ПТАО – с 7:00 до 12:00. Некоторые клиенты также сообщают о том, что выдача начинается с 8:00 утра. Бывают отдельные случаи, когда, по причине отсутствия работников на рабочем месте, сайт может быть открыт гораздо позднее, и клиенты вынуждены ждать прихода сотрудников у закрытых дверей (Интервью с экспертами и дискуссия в фокус-группе, 2020). Такие часы выдачи препарата представляют препятствие для участников программы, что было также отмечено и в предыдущих анализах работы сайтов ПТАО, когда было предложено разделить время выдачи препарата на некоторых сайтах на две части: утреннее время (7:00 - 12:00) и послеобеденное время (15:00 - 18:00) (Ширвинскене, 2018).

«Часы работы сайтов не всех устраивают. Раньше устраивали, когда выдавали до 3-х часов дня. А теперь ребята не успевают. В 12 часов приходишь, и уже не дают».

«Люди, у которых рабочий день начинается с 8 утра, они не успевают на работу. Я точно знаю человека, ему приходится постоянно опаздывать на работу и выслушивать от начальства. Постоянно из-за этого проблемы у него».

(Дискуссия в фокус-группе, 2020)

5.3 *Качество и интеграция*

Говоря о качестве и интеграции услуг, следует отметить, что программы ПТАО в Таджикистане ориентируются на рекомендации ВОЗ в отношении уровня дозировок используемых препаратов. Так, в отношении метадона в клиническом протоколе отмечено, что оптимальный диапазон дозы для большинства клиентов колеблется в пределах 80 - 120 мг/сутки (МЗ и СЗН РТ, 2015). В отношении бупренорфина, отмечается, что эффективные суточные дозы, как правило, находятся в диапазоне 8–16 мг (МЗ и СЗН РТ, 2019). Как отмечалось выше, в настоящее время бупренорфин не используется в программах ПТАО в Таджикистане, но в этом направлении уже предпринимаются определенные действия.

Что касается применяемых на практике дозировок метадона, то по состоянию на 31.12.2019 г. доля клиентов ПТАО, получающих поддерживающие дозы метадона, которые способствуют более высокому удержанию в программе (60 мг и более), составляла 64 %. Таким образом, согласно

руководствам ВОЗ, в Таджикистане данный показатель находится на среднем уровне. Тем не менее, при подборе дозировки и определении поддерживающей дозы важен индивидуальный подход к каждому клиенту. При проведении оценки, как национальные эксперты, так и сами участники программы ПТАО подчеркивали, что в городе Душанбе обеспечивается гибкий подход, и в случае, если некоторым пациентам достаточны меньшие дозы, то именно такие дозировки и назначаются (Интервью с экспертами и дискуссия в фокус-группе, 2020). Однако, как было отмечено в недавнем исследовании, возможное стремление улучшить показатели и повысить количество клиентов программы ПТАО с дозой 60 мг и более может приводить и к явным «перегибам» на местах.

«...Я пила, когда только пришла на метадон, 70, тогда ломки у меня были, 70 нормально мне было, вроде бы. А потом постепенно стала понижать до 30, с 30 до 25, до 20. 20 пила – нормально, меня всё устраивало, всё хорошо! (Приезжает комиссия) и начинаются там на (врача) наезды, и нам каждый день начинают по 5 мл. поднимать. Ладно бы как раньше, раз в неделю. Я им объясняю, что я кушать не могу после того, как метадон я выпила. И по 5 дней у меня запоры, я им говорю, а у них на всё одна отмазка — ну, значит, у тебя с желудком проблемы!»

(Шарипов и соавторы, 2017)

Программы ПТАО в Таджикистане основываются на поддерживающем подходе, и в национальных руководствах и протоколах четко определено, что ПТАО направлена на поддерживающее, а не краткосрочное или среднесрочное лечение. По состоянию на 31.12.2019 г. наблюдается средний уровень удержания клиентов, и, согласно методике расчета ВОЗ (2015), доля участников, остающихся в программе через шесть месяцев после начала терапии, составляет 77,6 %. Из 156 участников с подтвержденным диагнозом ВИЧ, 143 (91,6 %) получали антиретровирусную терапию.

Начиная с ноября 2014 года в рамках технической помощи со стороны ICAP был реализован пилотный проект по обеспечению предоставления интегрированных услуг по ВИЧ, ТБ и ПТАО по принципу «единого окна» на базе четырех сайтов программы ПТАО (в г. Душанбе и двух городах Согдийской области), охватывающих около 40 % от общего количества всех участников программ ПТАО. В рамках проекта было проведено обучение наркологов, фтизиатров и врачей-инфекционистов и ряд других мероприятий, благодаря которым клиенты вышеперечисленных сайтов ПТАО смогли получать широкий спектр услуг по профилактике, тестированию, диагностике и лечению ВИЧ и ТБ, мониторингу иммунного статуса, взаимодействию лекарственных средств, их токсичности и эффективности лечения, психосоциальное консультирование и услуги по профилактике передозировок (Ким, 2020; Маликов, 2020а). С ноября 2019 года на базе сайтов ПТАО, финансируемых Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (Вахдат, Бустон и р-н Рудаки), ICAP поддерживаются откомандированные специалисты из Центра по профилактике и борьбе со СПИДом в целях интеграции услуг по ВИЧ и ПТАО.

«В нашей наркологии сделали вообще шикарно, “единое окно” называется. Приходишь на метадон, там сразу сначала получаешь АРВ терапию, если у тебя по туберкулезу тоже что-то, то и эти назначения дают, и потом после этого принимаешь метадон, насколько я знаю».

«Я всегда АРВ пью утром, – завтракаю, пью и потом прихожу на метадоновую терапию. Бывало иногда так, что таблетку забываю выпить, и потом мне обратно приходилось из сайта возвращаться домой. А сделали для нас как: принес таблетки, оставил врачам и уже не думаешь об этом, приходишь на сайт и все сразу там принимаешь».

(Дискуссия в фокус-группе, 2020)

Согласно полученным результатам данного пилотного проекта, в результате интеграции услуг ВИЧ, ТБ и ПТАО на базе сайтов поддерживающей терапии агонистами опиатов улучшилось взаимодействие между вертикальными службами здравоохранения, что позволило врачам улучшить качество помощи, предоставляемой пациентам. Внедрение интегрированного оказания услуг также не было связано с большими финансовыми затратами, и в настоящее время работа по принципу «единого окна» продолжается (Маликов, 2020а).

Тем не менее, одним из вызовов, стоящих на повестке сегодняшнего дня, является институционализация данной модели, подразумевающая ее внедрение на всех остальных сайтах ПТАО. Кроме этого, как отмечают национальные эксперты, значительной проблемой является отсутствие доступа к лечению вирусных гепатитов из-за его высокой стоимости (Интервью с экспертами, 2020). Для определенной группы пациентов, которые помимо метадона употребляют без назначения врача дополнительно другие вещества (Димедрол, Сомнол и пр.) или алкоголь и становятся зависимыми от них, большой потребностью являются услуги по детоксикации, но из-за того что эти услуги платные, большая часть клиентов не может себе их позволить (Ширвинскене, 2018).

Но, пожалуй, одним из самых серьезных пробелов с точки зрения качества программ ПТАО в Таджикистане является крайне недостаточное оказание квалифицированной психосоциальной помощи клиентам. Как было отмечено в недавнем анализе работы сайтов программы ПТАО, перечень слабых сторон для всех сайтов в отношении этого аспекта является существенным, начиная от лишь отдельных попыток мотивационной работы в некоторых программах и заканчивая отсутствием психосоциальной работы (за исключением общего информирования и консультирования) (Ширвинскене, 2018).

В ходе данной оценки, многие эксперты и участники программы отметили, что значительных изменений за последнее время не произошло. Было отмечено, что сотрудники сайта, функционирующего на базе РКЦН в г. Душанбе, предоставляют самый широкий спектр услуг благодаря потенциалу команды, вовлечению большего количества квалифицированных специалистов и самих пациентов в оказание услуг. Однако, эти же респонденты подчеркивали,

что ситуация в г. Душанбе не должна создавать иллюзию того, что и на других сайтах происходит нечто подобное. Кроме этого, было отмечено, что некоторые из психологов, вовлеченных в оказание психосоциальной поддержки на базе сайта РКЦН в г. Душанбе, откомандированы для этой работы из НПО и получают заработную плату за счет внешней финансовой помощи. Механизм привлечения работников НПО в рамках государственного социального заказа вообще не используется, и в таком случае «ни о какой институционализации и устойчивости речи вообще не идет» (Интервью с экспертами, 2020; см. также Абдуллаев и соавторы, 2016).

«На других сайтах либо вообще нет психологов, либо там зачастую привлечены работники, не имеющие необходимых знаний и компетенций. В учебных заведениях, готовящих психологов, дают только теорию, никаких практических навыков у выпускников нет. На тех сайтах, где формально есть психолог, реально мало что они проводят, несмотря ни на какую отчетность. А если и проводят какие-то сессии, то это еще хуже для клиента. Лучше бы они просто деньги получали и ничего не проводили. Потому что если ты не обучен – ладно, не обучен, это еще полбеды – если ты даешь клиенту неправильные установки и загоняешь его мышление в эти рамки, стигматизируешь, навязываешь что-то своими директивными подходами, то от таких консультаций будет только вред».

(Интервью с экспертами, 2020)

В настоящее время, в ответ на существующие проблемы (низкий уровень качества проводимой психолого-психотерапевтической помощи клиентам ПТАО; недостаток психологов и психотерапевтов, работающих с ЛУИН и/или их отсутствие на сайтах ПТАО и пр.) проект ICAP разрабатывает и внедряет интерактивную обучающую веб-программу для клиентов программы ПТАО (Маликов, 2020b), однако абсолютно очевидно, что потребуются ряд других мер и дополнительных усилий для улучшения качества программ ПТАО в стране.

Кроме всех вышеуказанных барьеров, многие респонденты также отметили, что для большинства участников программы очень актуальной является помощь в трудоустройстве.

«Что еще можно в программе улучшить? Еще бы если с трудоустройством помогли. Можно было бы целенаправленно обустривать именно участников программы. Здесь у многих участников ВИЧ, а с этой болезнью не берут на работу нигде, вы знаете сами. Никуда на работу не устроишься».

«Сейчас везде, куда бы ты не устраивался на работу, требуют справку из наркологии [о том, что не состоишь на наркологическом учете]. А нам то кто такую справку даст?! И поэтому нам отказывают в трудоустройстве. Отфутболивают. Нам помощь в трудоустройстве очень бы помогла».

(Дискуссия в фокус-группе, 2020)

6 Выводы и рекомендации

В результате проведенной оценки устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию можно отметить следующие **сильные стороны и достижения** программы в Республике Таджикистан:

1. В Республике Таджикистан не существует запретов на проведение ПТАО на законодательном уровне.
2. С момента своего внедрения в качестве пилотного проекта 10 лет тому назад программа ПТАО была существенно расширена в Таджикистане, как с точки зрения охвата людей с опиоидной зависимостью, так и в отношении географической доступности.
3. В стране функционируют уполномоченные органы, которые являются ответственными за реализацию, надзор и координацию развития программ ПТАО.
4. В стране приняты клинические протоколы, руководства, алгоритмы и другие документы регуляторного и операционного характера, которые формируют необходимую среду для реализации программы в соответствии с установленными критериями, порядком и правилами.
5. Метадон и бупренорфин внесены в Список основных лекарственных средств Республики Таджикистан.
6. С момента начала реализации программы в Таджикистане были упрощены критерии приема в программу, а также появилась возможность получать ПТАО в тюрьмах, благодаря внедрению программы в пенитенциарную систему.
7. Благодаря поддержке и сотрудничеству с проектами, оказывающими техническую помощь в реализации программы ПТАО, была значительно усовершенствована система сбора и анализа данных и создан Электронный регистр поддерживающей заместительной терапии, который позволяет принимать информированные решения по дальнейшему совершенствованию программы ПТАО.
8. В стране был успешно реализован пилотный проект по обеспечению предоставления интегрированных услуг по ВИЧ, ТБ и ПТАО по принципу «единого окна», благодаря которому у клиентов четырех пилотных сайтов ПТАО имеется доступ к широкому спектру услуг по профилактике, тестированию, диагностике и лечению ВИЧ и ТБ, мониторингу иммунного статуса, взаимодействию лекарственных средств, их токсичности и эффективности лечения, психосоциальному консультированию, а также услугам по профилактике передозировок.

9. Было обучено значительное количество сотрудников программы ПТАО, что в целом внесло вклад в укрепление систем здравоохранения, в том числе в улучшение взаимодействия и сотрудничества между вертикальными службами (ВИЧ, ТБ, наркология). В связи с тем, что ПТАО финансируется за счет внешних источников как часть ответных действий на ВИЧ, обеспечивается должный уровень координации между этими программами.

Все вышеперечисленное является ярким свидетельством определенной политической поддержки программы ПТАО со стороны государства.

В то же время, проведенная оценка показала, что по всем изученными тематическим областям (политика и управление; финансы и другие ресурсы; услуги) *в Таджикистане существует умеренный уровень риска для устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию.* Особую озабоченность вызывают следующие индикаторы: управление переходом от донорского к национальному финансированию; финансовые ресурсы; наличие и охват. По этим трем индикатором наблюдается высокий уровень риска.

Среди основных **вызовов и препятствий** на пути к достижению большей устойчивости программы ПТАО в Таджикистане можно особо выделить следующие:

1. Национальная система здравоохранения сталкивается с существенными структурными вызовами, в том числе в области финансирования и людских ресурсов здравоохранения.
2. Вклад государства в финансирование программ ПТАО крайне ограничен и связан с оплатой коммунальных расходов и обеспечением помещений для сайтов ПТАО, отремонтированных за счет внешнего финансирования.
3. Программы ПТАО были начаты в стране в рамках национального ответа на ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. По сегодняшний день программы ПТАО рассматриваются именно в таком контексте, а не как важный элемент эффективной наркополитики, основанной на сбалансированном подходе к снижению предложения и спроса на наркотики.
4. План перехода от донорской поддержки к национальному финансированию, разработанный в 2018 году, Правительством пока не принят, и затраты по его реализации не просчитаны. Заинтересованные стороны также не согласовали, за счет каких внутренних источников будет финансироваться программа ПТАО в процессе перехода и после его завершения.
5. Отмечается недостаточное привлечение и участие сообщества клиентов программы ПТАО в адвокационных и образовательно-просветительных программах и мероприятиях, направленных на противодействие различным мифам о программах ПТАО и на содействие диалогу по вопросам государственных инвестиций.

6. Начало реализации Закона «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» в 2022 году может создать дополнительные финансовые барьеры для участников программы ПТАО, которые могут быть связаны как с отсутствием необходимых документов для оформления страхования, так и прежде всего с отсутствием финансовых средств для оплаты страхования.
7. Несмотря на то, что участие в программе ПТАО является бесплатным для самих клиентов, услуги, связанные с диагностикой и лечением зависимостей от психоактивных веществ, оказываемые в амбулаторных и стационарных условиях специализированными наркологическими учреждениями в Таджикистане, являются платными. Это является финансовым барьером на этапе вхождения в программу для потенциальных участников с низким уровнем дохода.
8. С финансовой точки зрения, при переходе программ ПТАО на национальное финансирование, сохранение действующей штатной структуры сайтов ПТАО, которая в настоящее время поддерживается за счет выплат из грантов Глобального фонда, будет представлять значительную проблему в связи ограниченностью расходов на здравоохранение в Таджикистане.
9. Хотя с момента образования Правительством РТ в 2014 году Национального фонда по противодействию ВИЧ и СПИДу прошло немало времени, его потенциал еще далек от полного использования. Возможности для поддержки каких-либо компонентов программ ПТАО за счет средств этого фонда не были изучены.
10. Не используется механизм привлечения работников НПО в программы ПТАО в рамках государственного социального заказа, а само использование системы государственного социального заказа в целом является крайне ограниченным.
11. В настоящее время в программе ПТАО используется только метадон, причем в жидкой форме, которая является значительно дороже порошкообразной. Закупка метадоны для программ ПТАО осуществляется в рамках параллельной системы, действующей наряду с национальной системой закупок и поставок.
12. Нет полной преемственности программ ПТАО, и в случае ареста и помещения в изоляторы временного содержания/следственные изоляторы участники вынужденно прекращают терапию.
13. Как медицинские работники, так и участники программы ПТАО сообщают о притеснениях клиентов ПТАО и злоупотреблениях со стороны отдельных сотрудников правоохранительных органов, которые создают препятствия и отговаривают клиентов от участия в программе ПТАО.
14. Уровень охвата программами ПТАО составляет лишь около 2,9 % от оценочного количества людей, употребляющих инъекционные наркотики, и не отвечает рекомендациям ВОЗ и других международных организаций.

15. Невыдача препарата на дом стабильным клиентам была и остается серьезнейшим программным барьером для адекватного охвата и устойчивости программ ПТАО. Кроме того, в условиях пандемии коронавирусного заболевания COVID-19 неосуществление процедуры выдачи препарата на дом может идти в разрез с рекомендуемыми ВОЗ нефармацевтическими мерами по предотвращению передачи инфекции и требует безотлагательных действий по устранению данного барьера.
16. Постановка на наркологический учет приводит к существенному ограничению основных прав людей, употребляющих наркотики, а также несоблюдению конфиденциальности медицинской информации, что отталкивает многих нуждающихся в ПТАО клиентов от участия в программе.
17. Действующие руководства и протоколы ограничивают участие в программе ПТАО людей моложе 18 лет, что противоречит рекомендациям ВОЗ.
18. Время выдачи препарата на всех сайтах ПТАО (с 7:00 до 12:00) является серьезным барьером для некоторых, в первую очередь трудоустроенных, участников программы.
19. В стране все еще продолжает сохраняться монополия наркологии на предоставление услуг ПТАО, и существующие законодательные и нормативно-правовые акты не содержат прямого и недвусмысленного разрешения врачам общей практики/семейным врачам и врачам других специальностей оказывать эти услуги. Это является основным барьером для децентрализации услуг ПТАО на первичное звено медико-санитарной помощи.
20. Отмечается нехватка и недостаточная мотивация квалифицированных кадровых ресурсов здравоохранения. Остро стоит проблема подготовки психиатров-наркологов. В подробной форме и необходимом объеме, вопросы, связанные с ПТАО, не включены в учебные программы медицинских образовательных заведений.
21. Одним из самых серьезных пробелов с точки зрения качества программ ПТАО в Таджикистане является крайне недостаточное оказание квалифицированной психосоциальной помощи клиентам. Для большинства участников программы очень актуальной является помощь в трудоустройстве и/или приобретении навыков, востребованных на рынке труда, но такая помощь не предоставляется в рамках действующей программы ПТАО.
22. Программа ПТАО, несмотря на свою 10-летнюю историю успешной имплементации в стране, все еще продолжает рассматриваться в качестве пилотной, так как ни в одном из действующих документов не отмечено завершение «пилотной» либо «испытательной» стадии, в рамках которой программа была впервые внедрена в стране.

На основе результатов проведенной оценки, *предлагаются следующие рекомендации для обеспечения большей устойчивости* программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию в Таджикистане:

- 1. Национальному координационному комитету по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией и Координационному совету по профилактике злоупотребления наркотиками в Республике Таджикистан:**
 - 1.1. Рассмотреть возможность проведения специального совместного заседания, которое было бы посвящено вопросу устойчивости программы ПТАО в Таджикистане и обеспечению координации и гармонизации ответных действий, направленных на противодействие ВИЧ/СПИДу, профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ. Обеспечить участие представителей всех заинтересованных сторон в данной встрече, включая провайдеров услуг ПТАО и самих участников программы ПТАО. В будущем такие совместные заседания должны проходить регулярно.
 - 1.2. Принять совместный документ, отражающий позицию по отношению к ПТАО как к основному методу лечения опиоидной зависимости и подчеркивающий стремление поддерживать и продолжать дальше развивать программы ПТАО, в том числе посредством поэтапного перехода на национальное финансирование. После десятилетия успешной реализации программы ПТАО в стране, которая была подтверждена проведенными в стране оценками, необходимо отойти от формулировок «пилотная» и «испытательная» и говорить о программе ПТАО как о доказавшей свою высокую эффективность в стране. Учитывать и использовать данную позицию при подготовке очередной Национальной программы по противодействию ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан, а также Национальной стратегии по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан.
 - 1.3. Поручить Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан разработать дорожную карту по развитию программ ПТАО в стране.
 - 1.4. Рассмотреть и утвердить План перехода от донорской поддержки к национальному финансированию ответных действий на ВИЧ в Республике Таджикистан, включая его бюджет и план по МиО.
 - 1.5. Изучить возможности поддержки программ ПТАО за счет средств Национального фонда по противодействию ВИЧ и СПИДу и разработать конкретные меры по их воплощению в жизнь.
 - 1.6. Обеспечить поддержку программ ПТАО со стороны правоохранительных органов. Инициировать разработку и принятие специальных руководств для сотрудников правоохранительных органов по вопросам снижения вреда в целом, и по ПТАО в частности. Обеспечить принятие надлежащих мер по их выполнению и предусмотреть дисциплинарные и иные взыскания за их невыполнение.

- 1.7. Инициировать разработку и внедрение механизмов сотрудничества между правоохрнительными органами, пенитенциарной службой и органами здравоохранения, которые бы позволяли продолжать получать ПТАО в случае ареста и помещения участника программы в изоляторы временного содержания/ следственные изоляторы.
- 1.8. Создать специальную рабочую группу для изучения, актуализации и обеспечения выполнения рекомендаций, представленных по результатам анализа законодательства и политики Республики Таджикистан, проведенного УНП ООН и Канадской правовой сетью по ВИЧ/СПИДу и представленных в отчете «Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: Анализ законодательства и политики, рекомендации для реформ».

2. Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан:

- 2.1. Обеспечить безотлагательное внедрение и имплементацию процедуры выдачи препарата на дом стабильным клиентам программы ПТАО, предусмотренной рядом принятых документов.
- 2.2. В условиях пандемии коронавирусного заболевания COVID-19, разработать меры по применению процедуры выдачи препарата на дом по отношению ко всем участникам программы ПТАО со стабилизированной дозой в случае введения в стране правил самоизоляции и мер социального дистанцирования.
- 2.3. Обеспечить принятие распоряжения, определяющего предоставление ПТАО и связанных с ней услуг на бесплатной основе. Внести изменения в Приложение 1, Перечень 2 к Правилам сооплаты медико-санитарных услуг, оказываемых гражданам РТ учреждениями государственной системы здравоохранения, утвержденным совместным приказом МЗ и СЗН РТ и Министерства финансов РТ № 938-135 от 5 ноября 2014 г., добавив в этот перечень людей с опиоидной зависимостью, участвующих в программе ПТАО, а также указав, что люди, живущие с ВИЧ/СПИДом, имеют право на бесплатную медицинскую помощь, которая не ограничивается их основным заболеванием.
- 2.4. Обеспечить возможности для импортирования метадона в порошкообразной форме и последующего приготовления раствора внутри республики, что позволило бы существенно снизить его стоимость. Удешевление стоимости используемого в ПТАО препарата (в том числе за счет использования препарата в таблетированной форме) является реальной возможностью для обеспечения большей устойчивости программ ПТАО и оптимизации расходов при переходе на национальное финансирование.
- 2.5. Приоритезировать работу по замене персонифицированного наркологического учета системой регистрации случаев на основе идентификационных кодов. Разработать руководство по применению такой системы и порядку определения статуса зависимости от наркотиков в случаях, когда это является необходимым и оправданным с точки зрения соблюдения прав человека, но при этом не опираясь на наркологический учет.

- 2.6. Принять соответствующее распоряжение, которое позволило бы врачам общей практики/семейным врачам и врачам других специальностей оказывать медицинские услуги ПТАО при условии прохождения ими необходимого обучения и получении сертификата, выданного аккредитованными в установленном порядке образовательными учреждениями.
- 2.7. Принять меры по повышению охвата людей, употребляющих опиоиды, путем децентрализации программ ПТАО на первичное звено медико-санитарной помощи и открытия новых сайтов ПТАО на базе учреждений ПМСП.
- 2.8. Институционализировать оказание интегрированных услуг по ВИЧ, ТБ и ПТАО по принципу «единого окна», с последующим повсеместным внедрением этой модели на всех сайтах ПТАО.
- 2.9. В случае начала реализации Закона «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» в 2022 году, предусмотреть меры по минимизации финансовых барьеров для участников программы ПТАО. Учитывая то, что в ряде стран Европейского союза медицинское страхование покрывает участие в программе ПТАО, рекомендуется изучить имеющийся опыт этих и других стран и обеспечить адаптацию и внедрение наилучших практик в Таджикистане.
- 2.10. Совместно с Министерством образования и науки Республики Таджикистан и руководством учреждений додипломного и последипломного медицинского образования, разработать меры по улучшению подготовки врачей и младшего медицинского персонала в сфере наркологии и психиатрии, а также включения подробного изучения вопросов ПТАО в соответствующие учебные планы и программы.
- 2.11. Активизировать усилия по использованию механизма привлечения работников НПО в программы ПТАО в рамках государственного социального заказа и создать для этого все необходимые условия, включая пересмотр/принятие необходимых нормативно-правовых документов.
3. **Провайдером услуг ПТАО, в том числе руководящему составу программы ПТАО и руководству Государственного учреждения «Республиканский клинический центр наркологии им. профессора М. Г. Гулямова», обеспечивающего организационно-методическое сопровождение программ ПТАО:**
 - 3.1. Обеспечить более удобное время выдачи препарата на сайтах ПТАО. Одним из возможных вариантов может быть выдача препарата в утреннее (7:00 - 12:00) и послеобеденное (15:00 - 18:00) время.
 - 3.2. Инициировать пересмотр действующих клинических протоколов по ПТАО с целью их дальнейшего совершенствования и приведения в полное соответствие с рекомендациями ВОЗ, в т. ч. противопоказаний для включения в программу ПТАО, устранив возрастные ограничения.

- 3.3. Определить оказание квалифицированной психосоциальной помощи клиентам в качестве одного из основных приоритетов программы ПТАО и совместно с техническими партнерами и донорами разработать и реализовать комплекс мер, направленных на решение этой первоочередной задачи.
 - 3.4. С целью улучшения качества программы ПТАО и обеспечения более высокого удержания участников в программе, предусмотреть разработку программы оказания помощи клиентам в трудоустройстве.
 - 3.5. Изучить целесообразность действующей штатной структуры сайтов ПТАО, а также провести анализ возможности ее адаптации с учетом рабочей нагрузки на отдельном сайте и оптимизации с учетом имеющихся ограниченных национальных финансовых ресурсов.
- 4. Представителям гражданского общества, сообществам участников программы ПТАО и людей, употребляющих наркотики:**
- 4.1. Подготовить официальное обращение ко всем заинтересованным сторонам, включая Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Национальный координационный комитет по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан, Координационный совет по профилактике злоупотребления наркотиками, провайдеров услуг и руководящий состав программы ПТАО, а также технических партнеров и доноров, в котором (i) выразить свою обеспокоенность относительно существующих рисков для устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию; (ii) обратить внимание на серьезные пробелы в управлении переходом от донорского на национальное финансирование; (iii) потребовать принятия срочных мер по преодолению выявленных вызовов и препятствий; (iv) призвать государственные органы, технических партнеров и доноров оказывать финансовую, техническую и методическую поддержку представителям гражданского общества для обеспечения их значимого участия во всех процессах, связанных с реализацией и устойчивостью программы ПТАО в Таджикистане.
 - 4.2. Совместно с Национальным координационным комитетом по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и руководством программы ПТАО инициировать проведение ежегодных партнерских форумов, посвященных рассмотрению прогресса по достижению устойчивости программ ПТАО в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию.

- 5. Техническим партнерам и донорам (в том числе ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС, Глобальному фонду, CDC, PEPFAR и др.):**
- 5.1. Учитывая текущую экономическую ситуацию в Таджикистане, продолжать финансирование программ ПТАО в стране.
 - 5.2. Рассмотреть представленные выше результаты оценки устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов в контексте перехода от донорской поддержки к национальному финансированию в Республике Таджикистан. В координации и тесном взаимодействии друг с другом согласовать конкретные действия по оказанию своей технической и финансовой помощи, направленной на реализацию предложенных рекомендаций для обеспечения большей устойчивости программ ПТАО в Таджикистане.
 - 5.3. Приоритезировать оказание финансовой, технической и методической поддержки представителям гражданского общества, в том числе сообществу участников программы ПТАО и людей, употребляющих наркотики, направленной на создание благоприятной среды для их значимого участия в процессах регулярного мониторинга и совершенствования программ ПТАО в Таджикистане, на мобилизацию сообщества, на укрепление коммуникационного и адвокационного потенциала, на проведение диалога между представителями гражданского общества и государственных органов по поводу национальных инвестиций в программу ПТАО и оптимизации расходов.
 - 5.4. Поддерживать создание и функционирование различных мультисекторальных площадок для планирования устойчивости программ ПТАО, улучшения осведомленности всех заинтересованных сторон о развитии программ, а также обеспечения поддержки программ ПТАО как на политическом уровне, так и в обществе в целом. Поощрять участие академического сектора в таких мультисекторальных площадках.
 - 5.5. При оказании технической и финансовой помощи, на этапе ее концептуализации обсуждать и предусматривать совместно с национальными партнерами конкретные шаги и мероприятия по обеспечению дальнейшей устойчивости предлагаемых активностей.
 - 5.6. Приоритезировать продолжение диалога с Правительством Республики Таджикистан относительно принятия разработанного Плана перехода от донорской поддержки к национальному финансированию и его бюджета, а также определения внутреннего источника финансирования программ ПТАО в процессе перехода. Продолжить оказание необходимой технической помощи при расчете затрат по реализации Плана.

7 Список литературы

7.1 *Использованная литература на таджикском языке*

МЗ и СЗН РТ. (2014). Порядок оказания медико-санитарных услуг гражданам Республики Таджикистан учреждениями государственной системы здравоохранения. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан [На таджикском языке].

7.2 *Использованная литература на русском языке*

Абдуллаев, Т., Дюрич, П., Константинов, Б. и Хамельманн, К. (2016). Вовлечение гражданского общества в рамках социального заказа. Справочный документ – Таджикистан. Стамбул: Программа развития ООН.

Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. (2019). Численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2019 года. Душанбе: Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан.

АКН. (2013). Обзор наркоситуации в Республике Таджикистан за 2012 год. Душанбе: Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан.

АКН. (2012). Обзор наркоситуации в Республике Таджикистан за 2011 год. Душанбе: Агентство по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан.

Александрова, Л. и Марон, Е. (2019). Оценка нормативно-правовой среды в области ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан. Душанбе: Общественная организация «Центр по правам человека».

Ахмед, Т., Арур, А., де Уолк, Д. и Шапира, Г. (2019). Стимулирование количества и качества медицинских услуг: данные оценки влияния финансирования на основе результатов деятельности в сфере здравоохранения в Таджикистане. World Bank Group, Policy Research Working Paper.

Болтаев, А., Дерябина, А., Холов, С. и Ховард, А. (2013). Оценка программы опиоидной заместительной терапии в Республике Таджикистан. Душанбе: ICAP.

Варбан, М., Довбах, А., Пархоменко, Ж., Житкова, Ю., Хмель, Л., Бадалян, К., Брага, М., Демченко, И. и Нечосина, Е. (2015). Стабильность и возможности. Обзор опыта обеспечения стабильной работы ВИЧ-сервисных НПО из различных финансовых источников. Киев: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине».

ВОЗ. (2009). Руководство по фармакологическому лечению опиоидной зависимости с психосоциальным сопровождением. Женева: Всемирная организация здравоохранения.

Всемирный банк. (2018). Республика Таджикистан: Комплексное диагностическое исследование страны. Обеспечение успешной реализации Национальной стратегии развития до 2030 года: Создание основы для всеобщего процветания. Доступно на:

<http://documents.vsemirnyjbank.org/curated/ru/523621531893222730/pdf/126209-RUSSIAN-PUBLIC-TJK-SCD-RUS-WEB2.pdf>

Всемирный банк. (2019). Бедность в Таджикистане – 2019. Доступно на:
<https://www.vsemirnyjbank.org/ru/news/infographic/2019/10/17/poverty-in-tajikistan-2019>

ВЦО ЛЖВ. (2016). Региональный план действий сообществ по расширению устойчивого доступа к качественной и непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции для всех, кто в этом нуждается, в регионе Восточной Европы и Центральной Азии на 2017–2020 гг. Киев: Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ.

Государственное учреждение «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом». (2019). Отчет о результатах интегрированного био-поведенческого исследования по ВИЧ-инфекции и оценки численности работников секса и лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в Республике Таджикистан. Душанбе: ГУ РЦ СПИД.

ЕАСВ. (2019). Оценка устойчивости программ поддерживающей терапии агонистами опиоидов (ПТАО). Вильнюс: Евразийская ассоциация снижения вреда.

Закон Республики Таджикистан «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» от 10 декабря 1999 года, № 873 (с изменениями и дополнениями в редакции Законов РТ).

Ивакин, В. (2015). Электронный регистр пациентов на поддерживающей заместительной терапии (ЭРЗПТ): обзор основных возможностей. Презентация. Душанбе: ICAP.

Иванчук, И. (2019). Внедрение программы ЗПТ в Украине. Презентация. Киев: Центр общественного здоровья.

Иванчук, И. (2020). Письменная коммуникация с автором.

Ким, А. (2020). Программа поддерживающей заместительной терапии в Республике Таджикистан: успехи, проблемы и дальнейшие планы по реализации программы. Презентация на рабочей встрече, Душанбе, 28.01.2020.

Кодекс здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 года, № 1413. Принят Постановлением МН МОРТ от 15 марта 2017 года, №712. Одобрен Постановлением ММ МОРТ от 18 мая 2017 года, № 374.

Кодекс Республики Таджикистан об административных правонарушениях от 31 декабря 2008 года (с изменениями и дополнениями в редакции Законов РТ).

Латыпов, А., Отиашвили, Д., Айзберг, О. и Болтаев А. (2010). Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости. Вильнюс: Евразийская сеть снижения вреда.

Латыпов, А., Бидординова, А. и Хачатрян, А. (2012) Опиоидная заместительная терапия в Евразии: как повысить доступ и улучшить качество. Лондон: Международный консорциум по наркополитике.

Маликов, Н., Кусаинов, А., Али-Заде, Д., Холов, С. и Ивакин, В. (2018). Руководство по применению электронного регистра поддерживающей заместительной терапии (ЭРПЗТ). Душанбе: ICAP.

Маликов, Н. (2020a). Вклад ICAP в реализацию программы поддерживающей терапии метадонем в Республике Таджикистан. Презентация. Душанбе: ICAP.

Маликов, Н. (2020b). Интерактивная обучающая веб-программа для пациентов программы поддерживающей заместительной терапии. Презентация. Душанбе: ICAP.

Махсутов, М., Мухабатов, М., Содаткадамов, Ш., Муродзода, Ф., Рачабов, А., Назаров, М., Хасанова, Е., Амиров, Д., Шарипов, С. и Хасанов, Х. (2019). Национальный отчет о наркоситуации в Республике Таджикистан, 2018. Государственное учреждение «Национальный центр мониторинга и профилактики наркомании» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. КАДАП-6, ResAd.

Музафаров, М. (2020). Письменная коммуникация с автором.

МЗ РТ. (2006). Приказ «О совершенствовании наркологической помощи в Республике Таджикистан» от 07.08.2006 г., № 485.

МЗ РТ. (2009). Оперативное руководство: Заместительная поддерживающая терапия метадонем при синдроме зависимости от опиоидов. Душанбе: Министерство здравоохранения.

МЗ и СЗН РТ. (2015). Клинический протокол по заместительной терапии при синдроме опиоидной зависимости в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

МЗ и СЗН РТ. (2017). План реализации Национальной программы по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека в Республике Таджикистан. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

МЗ и СЗН РТ. (2019). Клиническое руководство по заместительной терапии бупренорфином при синдроме опиоидной зависимости в учреждениях наркологической службы Республики Таджикистан. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

МЗ и СЗН РТ и Министерство юстиции РТ. (2015). Клиническое руководство для лечебно-профилактических учреждений пенитенциарной системы, оказывающие медицинские услуги спецконтингенту с опиоидной зависимостью в Республике Таджикистан. Заместительная поддерживающая терапия метадонем при синдроме зависимости от опиоидов. Душанбе: Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Министерство юстиции Республики Таджикистан.

Национальная стратегия здравоохранения и благосостояния населения Республики Таджикистан на 2021 – 2030 годы, проект документа от 27.11.2019 г.

Национальная программа по противодействию эпидемии вируса иммунодефицита человека в Республике Таджикистан на 2017 - 2020 годы. Утверждена Постановлением Правительства РТ от 29.02.2017 г., № 89.

Национальная стратегия по борьбе с незаконным оборотом наркотиков в Республике Таджикистан на 2013–2020 годы. Утверждена Указом Президента РТ от 13.02.2013 г., № 1409.

Отиашвили, Д. (2020). Коммуникация с автором.

План мероприятий по внедрению, реализации и расширению программ заместительной поддерживающей терапии метадонотом (ЗПТМ) в уголовно-исполнительной системе Министерства юстиции Республики Таджикистан на 2012–2017 гг. Утвержден Министром юстиции Республики Таджикистан в согласовании с Министерством здравоохранения Республики Таджикистан и Агентством по контролю за наркотиками при Президенте Республики Таджикистан. (2013).

Позиция Correlation-Европейской сети снижения вреда и Евразийской ассоциации снижения вреда о непрерывности услуг по снижению вреда во время кризиса, связанного с COVID-19. (2020). Доступно на: <https://harmreductioneurasia.org/ru/poziciya-covid/>

Положение о Координационном совете по профилактике злоупотребления наркотиками. Утверждено Указом Президента РТ от 03.04.2004 г., № 1310.

Положение о Национальном координационном комитете по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, туберкулезом и малярией в Республике Таджикистан. Утверждено Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 28.02.2015 г., № 127 (в редакции Постановления Правительства Республики Таджикистан от 31.07.2018 г., № 363).

Постановление Правительства Республики Таджикистан «О Национальном фонде по противодействию вирусу иммунодефицита человека и синдрому приобретенного иммунодефицита» от 06.09.2014 г., № 591.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «О внедрении заместительной терапии» от 24.07.2009 г., № 500.

Проект Страновой позиции по переходу от международного к национальному финансированию мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции и ТБ, включая программы снижения вреда. (2015).

СПИН Плюс. (2015). Национальный отчет: Программа снижения вреда в Республике Таджикистан – кому платить за здоровье нации. Душанбе: Общественная организация «СПИН Плюс».

УНП ООН и Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу. (2010). Доступность профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, употребляющих наркотики, и лиц, находящихся в местах лишения свободы, в Азербайджане, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане: Анализ законодательства и политики, рекомендации для реформ. Ашхабад: Региональное представительство Управления ООН по наркотикам и преступности в Центральной Азии.

Шарипов, А., Неъматов И. и Абдугаффаров А. (2017). Факторы, влияющие на приверженность к программе опиоидной заместительной терапии в г. Худжанд, Таджикистан. Отчет об исследовании. Худжанд: Общественная организация «Худжанд».

Ширвинскене, А. (2018). Анализ работы сайтов опиоидной заместительной терапии в Таджикистане. Душанбе: УНП ООН.

7.3 *Использованная литература на английском языке*

EHRA. (2018). Budget advocacy: A guide for community activists. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association.

Khodjamurodov, Gh., Sodiqova, D., Akkazieva, B., & Rechel, B. (2016). Tajikistan: Health system review. *Health Systems in Transition*, 18(1). The European Observatory on Health Systems and Policies.

Latypov, A. (2010). Opioid substitution therapy in Tajikistan: Another perpetual pilot? *The International Journal of Drug Policy*, 21(5), 407 - 410.

Laukamm-Josten, U., Khotenashvili, L., Akkazieva, B., Antonyak, S., Cebotari, S., Cosmaro, L., Hasanova, S., Kadandale, S., Kobyshcha, Iu., Mimica, J., Scutelnicuic, O., & Subata, E. (2014). HIV/AIDS in Tajikistan. Mid-term review of the National AIDS Programme 2011 - 2015. Copenhagen: World Health Organization.

Mravcik, V., Zabransky, T., Talu, A., Jasaitis, E., Gafarova, N., Musabekova, Zh., Baymirova, L., Makhsutov, M., & Ganiev, F. (2014). Mortality of registered drug users in Central Asia. *The International Journal of Drug Policy*, 25(6), 1215 - 1220.

Subata, E. (2012). Practical guidance toolkit: How to implement and scale up opioid substitution therapy (OST) (Based on the experience of selected EU countries: Bulgaria, Estonia, Germany, Latvia, Lithuania, Poland, Portugal and Romania). World Health Organization, Regional Office for Europe.

Tajikistan CCM. (2017). Funding request tailored to material change. Available at: <https://data.theglobalfund.org/investments/home>

The Global Fund. (2019a). Eligibility List 2020. Available at: https://eecapplatform.org/wp-content/uploads/2019/12/1core_eligiblecountries2020_list_en.pdf

The Global Fund. (2019b). Projected transitions from Global Fund country allocations by 2028: Projections by component. Available at: https://eecapplatform.org/wp-content/uploads/2019/12/2core_projectedtransitionsby2028_list_en.pdf

World Health Organization. (2015). Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: Supplement to the 2014 Consolidated Guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Available at: <https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>

World Health Organization. (2020). Global health expenditure database. Available at: <https://apps.who.int/nha/database>

7.4 *Использованная литература на других языках*

Басенко, А., Власенко, Л., Дебелюк, М., Демченко, М., Загребельный, О., Злыденный, Т., Иванчук, И., Коломиец, В., Слободянюк, П., Филиппович, С. и Шост, А. (2017). Анализ и описание моделей/подходов предоставления услуг заместительной поддерживающей терапии. Киев: МБФ «Альянс общественного здоровья» [На украинском языке].

Кабинет Министров Украины. (2020). Некоторые вопросы реализации программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения в 2020 году. Постановление от 05.02.2020 года, № 65 [На украинском языке].

Министерство здравоохранения Украины. (2020). О предоставлении заместительной поддерживающей терапии в условиях карантина и в связи с распространением коронавируса COVID-19 [На украинском языке].

Национальная служба здоровья Украины. (2020). Пакеты медицинских услуг. Содержание и подход к контрактированию учреждений здравоохранения. Киев: НСЗУ [На украинском языке].

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ	ИНДИКАТОРЫ И КОНТРОЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ			
<p>А. ПОЛИТИКА И УПРАВЛЕНИЕ</p>	<p><i>Индикатор А1:</i> Политические обязательства</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПТАО включена в национальные стратегии и планы действий по наркотикам, ВИЧ и/или гепатиту, с обязательствами по достижению целей, рекомендованных ВОЗ • Действующее законодательство однозначно поддерживает предоставление услуг ПТАО • ПТАО представляет собой неотъемлемую часть национальной политики по лечению опиоидной зависимости • Правоохранительные и судебные системы поддерживают реализацию и, при необходимости, расширение программ ПТАО • В стране обеспечивается эффективное руководство и необходимая координация развития программ ПТАО • С представителями гражданского общества, включая клиентов ПТАО, проводятся консультации по вопросам руководства и координации программ ПТАО на национальном уровне 		<p><i>Индикатор А2:</i> Управление переходом от донорского к национальному финансированию</p> <ul style="list-style-type: none"> • В стране есть утвержденный план перехода ПТАО от донорской поддержки к национальному финансированию с указанием временных рамок • Имеется долгосрочный финансовый план перехода ПТАО на национальное финансирование, который включает определение удельных затрат, уровня совместного финансирования, (будущие) источники национального финансирования для обеспечения ПТАО и который согласован с представителями государства • В рамках надзора за процессом перехода в стране обеспечивается эффективная поддержка интеграции ПТАО в национальные системы • Наблюдается существенный прогресс в реализации компонента по обеспечению устойчивости ПТАО, предусмотренного планом перехода 	
	<p>В. ФИНАНСЫ И РЕСУРСЫ</p>	<p><i>Индикатор В1:</i> Препараты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Закупка препаратов ПТАО интегрирована в государственную систему закупок и поставок, обладающую высоким потенциалом, и осуществляется без перебоев • Метадон и бупренорфин зарегистрированы в стране, действует система контроля их качества • Метадон и бупренорфин имеются в наличии по доступной цене 	<p><i>Индикатор В2:</i> Финансовые ресурсы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Метадон и бупренорфин включены в перечни препаратов, стоимость которых возмещается и покрывается из государственного бюджета • Услуги ПТАО включены в программу всеобщего охвата услугами здравоохранения или в гарантированный государством пакет услуг здравоохранения, доступный людям без медицинской страховки • Услуги ПТАО покрываются из устойчивых источников государственного финансирования, с достаточным объемом средств для обеспечения комплексного пакета услуг • В странах с действующими грантами на борьбу с ВИЧ обеспечено совместное финансирование услуг ПТАО со стороны государства в соответствии с Политикой Глобального фонда в отношении устойчивости, перехода и совместного финансирования 	<p><i>Индикатор В3:</i> Человеческие ресурсы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Предоставление услуг ПТАО входит в ключевые функции государственной наркологической службы, а также в служебные обязанности основных медицинских работников этих служб, с возможностью назначения и выдачи ПТАО в необходимом объеме • Система подготовки персонала позволяет обеспечить устойчивую реализацию программ ПТАО

С. УСЛУГИ

*Индикатор С1:***Наличие и охват**

- ПТАО можно получить в больницах и учреждениях первичной медико-санитарной помощи
Выдача препаратов на дом разрешена
- Высокий охват оценочной численности людей с опиоидной зависимостью услугами ПТАО (согласно рекомендациям ВОЗ: 40 % или выше)
- Предоставление услуг ПТАО в местах лишения свободы (включая назначение ПТАО), в т.ч. в следственных изоляторах и для женщин
- Помимо государственных учреждений, услуги ПТАО доступны на базе организаций частного сектора и/или НПО

*Индикатор С2:***Наличие и охват**

- В стране нет списков ожидания на включение в программу ПТАО
- Часы и дни работы пунктов ПТАО отвечают основным потребностям клиентов
- Обеспечивается необходимый географический охват
- Отсутствие платы за получение услуг или финансовых барьеров для людей с низким уровнем дохода или не имеющих страховки
- ПТАО предлагается и доступна для групп населения с особыми потребностями (беременных и других женщин, секс-работников, молодых потребителей, представителей этнических групп и т. д.)
- Допускается употребление нелегальных наркотиков (после подбора дозы)
- Индивидуальные планы участия в программе составляются и предлагаются получателям услуг при их непосредственном участии
- Критерии включения в программу ПТАО обеспечивают поддержку групп с особыми потребностями и не носят ограничительный характер, т. е. для участия в программе ПТАО не требуется подтверждение наличия предыдущих неудачных попыток прохождения лечения

*Индикатор С3:***Качество и интегрированность**

- Дозировки метадона/бупренорфина, определенные национальными стандартами/руководствами, а также назначаемые на практике, исходят из и соответствуют рекомендациям ВОЗ
- Программы ПТАО основываются на поддерживающем подходе и характеризуются высоким уровнем удержания получателей услуг в программе
- Значительная часть пунктов предоставления услуг ПТАО интегрирована и/или взаимодействует с другими медицинскими службами, обеспечивая непрерывность лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза и наркозависимости (согласно рекомендациям ВОЗ: 80 % или более пунктов предоставления услуг)
- Значительная часть клиентов ПТАО получают психологическую и социальную поддержку (согласно рекомендациям ВОЗ: 80 % или более пунктов предоставления услуг)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Перечень респондентов, внесших вклад

в проведенную оценку

Ниже приводится полный перечень респондентов – национальных экспертов, чья информация, критические замечания, мнения и рекомендации стали существенным вкладом и легли в основу анализа устойчивости программ ПТАО в Таджикистане.

Таблица 3. Перечень национальных экспертов, внесших вклад в анализ устойчивости программ ПТАО в Республике Таджикистан

№	ФАМИЛИЯ, ИМЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ
1	Азизмамадов, Марам	ОО «Волонтер»
2	Бойматов, Аллоудин	ОО «Апейрон»
3	Бурханова, Мавзуна	Программа развития ООН
4	Вохидова, Мутабара	Управление ООН по наркотикам и преступности
5	Джамолов, Пулод	ОО «СПИН Плюс»
6	Каримов, Сино	СМОО «Дина»
7	Ким, Ирина	Государственное учреждение «Республиканский клинический центр наркологии им. профессора М. Г. Гулямова»
8	Магкоев, Владимир	Государственное учреждение «Республиканский клинический центр наркологии им. профессора М. Г. Гулямова»
9	Максумова, Зумрад	ICAP
10	Малахов, Махмадрахим	Государственное учреждение «Национальный центр мониторинга и профилактики наркомании» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
11	Маликов, Наимджон	ICAP
12	Музафаров, Музаффар	Центры по контролю и профилактике заболеваний США
13	Муссаева, Зарина	Проект USAID по ликвидации туберкулеза в Центральной Азии
14	Орбелян, Сона	Программа развития ООН
15	Сапарова, Наргиза	Программа развития ООН

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Пакеты медицинских услуг ПТАО и их оплата в странах региона

В Украине Национальная служба здоровья в рамках реализации Программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения в 2020 году закупает у медицинских учреждений услугу ПТАО, определенную как «Лечение людей с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления опиоидов с использованием препаратов заместительной терапии». Данная услуга включает в себя следующие структурные компоненты:

1. Выдача препаратов ПТАО:
 - a. выдача препаратов и непосредственный контроль приема препаратов под наблюдением поставщика услуг по месту оказания услуг;
 - b. оценка получателя услуги на предмет соответствия требованиям самостоятельного приема препарата ПТАО в амбулаторных условиях на дому, и в случае принятия решения о возможности такого приема - организация его выдачи;
 - c. организация, в случае невозможности ежедневного посещения заведения по состоянию здоровья, оказания услуги ПТАО в рамках созданного стационара на дому;
 - d. обеспечение непрерывности лечения в случае госпитализации получателя услуги ПТАО в другие учреждения;
 - e. контроль за целевым использованием препарата ПТАО, выданного для самостоятельного приема в амбулаторных условиях на дому.
2. Составление индивидуального плана наблюдения и лечения:
 - a. оценка состояния и потребностей получателя услуги с целью составления плана лечения;
 - b. разработка плана наблюдения и лечения;
 - c. оценка приверженности к лечению, определение факторов, негативно влияющих на ее формирование и проведение соответствующей корректировки плана лечения.
3. Мониторинг лечения:
 - a. контроль своевременности и регулярности посещений поставщика услуг в соответствии с планом наблюдения и лечения;
 - b. контроль выполнения направлений поставщика услуг в другие учреждения здравоохранения и учет результатов их выполнения;
 - c. отслеживание побочных реакций и эффективности препаратов ПТАО;
 - d. реагирование на побочные реакции на препараты ПТАО и обеспечение эффективности назначенных дозировок;
 - e. учет особенностей взаимодействия препаратов ПТАО с другими лекарственными средствами, в том числе антиретровирусными, противотуберкулезными, обезболивающими препаратами, антидепрессантами и др.
4. Скрининг отдельных психических расстройств:
 - a. скрининг на наличие депрессии, посттравматического стрессового расстройства, тревожных расстройств и др.;
 - b. направление получателей услуги ПТАО для дальнейшей диагностики и установления диагноза в случае положительных результатов скрининга.

5. Скрининг на ТВ, скрининг или направление на скрининг на ВИЧ и вирусные гепатиты (ВГ) и при необходимости направление на диагностику и лечение.
6. Консультирование и информирование по профилактике инфицирования ВИЧ, вирусных гепатитов, инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), передозировок и рисков, связанных с употреблением психоактивных веществ.
7. Просмотр плана лечения раз в квартал на начальном этапе (до 1 года) и индивидуально в зависимости от потребностей получателя услуги ПТАО после первого года лечения.
8. Направление получателей услуги ПТАО в другие учреждения / подразделения здравоохранения для оказания им специализированной (вторичной), высокоспециализированной (третичной) медицинской помощи.

Фиксированная сумма (тариф), которая выплачивается за оказание услуги ПТАО, включающая в себя перечисленные выше структурные компоненты («объем» либо «спецификация услуги»), за 9 месяцев (апрель-декабрь) 2020 года составляет 1 635,46 гривны, или около 181,72 гривны в месяц (около 7.4 долларов США по курсу Национального банка Украины на 1 марта 2020 года). В стоимость закупаемой услуги ПТАО не входит стоимость диагностических средств и лекарственных препаратов, закупаемых Министерством здравоохранения через централизованные закупки. В пакет также не входит диагностика расстройств психики и поведения вследствие употребления опиоидов, так как такая диагностика осуществляется в рамках других оплачиваемых государством пакетов медицинских услуг (Кабинет Министров Украины, 2020; Национальная служба здоровья Украины, 2020).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Предыдущие оценки программ ПТАО в Таджикистане: выявленные недостатки, возможности для улучшения, выводы и рекомендации

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
<p>Опиоидная заместительная терапия в Центральной Азии: на пути к многообразному и эффективному лечению наркозависимости. Авторы: А. Латыпов, Д. Отиашвили, О. Айзберг и А. Болтаев. Евразийская сеть снижения вреда</p>	<p>2010</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. С целью успешного внедрения программы ОЗТ, необходимо уделить особое внимание созданию благоприятной правовой, программной и информационной среды вокруг нее. 2. Продолжить работу по замене персонифицированного наркологического учета системой регистрации случаев на основе идентификационных кодов. Разработать руководство по применению такой системы и порядку определения статуса зависимости от наркотиков в случаях, когда это является необходимым и оправданным с точки зрения соблюдения прав человека, но при этом не опираясь на наркологический учет. 3. Включить метадон и бупренорфин в «Национальный список основных лекарственных средств и их синонимов». 4. Определить одну службу, которая будет ответственна за проведение контроля над законным оборотом наркотиков, применяемых в программах ОЗТ. Эта служба должна обеспечить проведение проверок в координации с другими ведомствами и информирование их о результатах проверок. 5. Обеспечить прозрачность процесса поставки метадона для использования в программах ОЗТ в Таджикистане и определить механизм мониторинга закупочных цен на него. 6. Разрешить частным и общественным (неправительственным) наркологическим учреждениям использовать наркотические средства и предоставлять ОЗТ в амбулаторных условиях при индивидуальном разрешении, выданном в соответствии с требованиями законодательства Республики Таджикистан. 7. Увеличить финансирование наркологической службы за счет перераспределения части ресурсов, направляемых на борьбу с незаконным оборотом наркотиков. 8. Продолжать процесс реформирования наркологической службы, а также ввести предмет организации и предоставления ОЗТ в программу обучения медицинских и социальных работников.

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
		<p>9. Расширить охват программами ОЗТ и не допустить превращение их в Таджикистане в проекты без указания даты завершения пилотной стадии, используя при этом как средства из государственного бюджета, так и внешнюю донорскую помощь, и опираясь на детально проработанные планы, где отражены такие аспекты как материальная и финансовая устойчивость, спектр оказываемых услуг, доступность услуг, набор пациентов, обеспеченность персоналом, обучение персонала, предполагаемые препятствия и риски и меры по их минимизации и другие.</p> <p>10. Предоставлять ОЗТ не только людям с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией/СПИДом, но и тем, кто зависим от опиоидов, и в то же время не инфицирован ВИЧ/СПИДом. Обеспечить низкопороговый доступ к ОЗТ, рекомендуемый ВОЗ.</p> <p>11. Проработать механизм передачи заместительного препарата в другие лечебные учреждения, в которые может быть госпитализирован пациент, получающий заместительную терапию.</p> <p>12. Шире вовлекать людей с опиоидной зависимостью и представителей других заинтересованных сообществ и профессиональных групп в планирование, проведение оценки и работу по дальнейшему улучшению качества программ ОЗТ.</p> <p>13. Добиться проведения программ ОЗТ в местах лишения свободы. Люди с опиоидной зависимостью, которые до заключения в тюрьму не участвовали в такой программе, также должны иметь право на получение ОЗТ.</p>

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
<p>Опиоидная заместительная терапия в Евразии: как повысить доступ и улучшить качество. Авторы: А. Латыпов, А. Бидординова и А. Хачатрян. Международный консорциум по наркополитике</p>	<p>2012</p>	<p>Возможности для повышения доступности и улучшения качества программ ОЗТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие национального чувства собственности и ответственности по отношению к услугам ОЗТ, для чего необходимы наличие политической приверженности и государственное финансирование проектов ОЗТ. 2. Проведение политических реформ вследствие всестороннего анализа и адвокации, направленной на пересмотр ограничивающих и неадекватно сформулированных законодательных актов либо на принятие новой политики, поддерживающей ОЗТ. 3. Защита от незаконного преследования и нарушения прав человека со стороны правоохранительных органов в отношении клиентов ОЗТ и поставщиков услуг. 4. Усиление человеческого и технического потенциала и разработка национальных стандартов и протоколов в соответствии с международным передовым опытом для обеспечения качества услуг ОЗТ. 5. Распространение современной научной информации о программах ОЗТ, адаптированной к особенностям восприятия и отвечающей потребностям разной целевой аудитории. 6. Эффективное взаимодействие с политическими деятелями, средствами массовой информации, специалистами по ОЗТ, клиентами программ и их семьями с целью продвижения ОЗТ, в частности, посредством аргументированных объяснений и ответов на претензии и сомнения оппонентов. 7. Инвестирование в развитие адвокационного потенциала в области ОЗТ на местах. 8. Разработка модельного законодательства по ОЗТ, учитывающего законодательные особенности стран региона. 9. Разработка модели принятия решений, предполагающей разные варианты финансирования и предусматривающей увеличение государственного финансирования услуг ОЗТ с соблюдением принципов прозрачности. 10. Адвокация и внедрение схем лечения, предполагающих выдачу на дом препаратов ОЗТ стабильным клиентам, мотивированным к продолжению курса лечения. 11. Расширение охвата программ ОЗТ путем вовлечения врачей общей практики, специалистов по лечению зависимостей, специалистов из СПИД-центров и других медицинских учреждений.

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
		<p>12. Обеспечение непрерывного доступа к услугам ОЗТ в учреждениях уголовно-исправительной системы и в гражданском секторе путем интеграции программ ОЗТ в стационарные лечебные учреждения и внедрения ОЗТ в следственные изоляторы и тюрьмы.</p> <p>13. Создание комплексной системы мониторинга и оценки программ ОЗТ с активным вовлечением в этот процесс клиентов ОЗТ.</p> <p>14. Обеспечение более высокого качества услуг ОЗТ путем более широкого предоставления психосоциальной поддержки и интеграции с другими службами.</p> <p>15. Проведение регулярных региональных форумов по ОЗТ для стимулирования научного интереса и признания усилий стран, поддерживающих ОЗТ.</p> <p>16. Создание научного общества, члены которого – исследователи и ученые, обладающие знаниями и опытом проведения программ ОЗТ в странах Восточной и Центральной Европы и Центральной Азии, – могли бы также участвовать в ответных мероприятиях, связанных с возможными нападками на ОЗТ со стороны оппозиционно настроенных групп.</p> <p>17. Поддержка усилий по продвижению научных знаний в области снижения вреда и ОЗТ путем расширения доказательной информационной базы на русском языке: публикации научных исследований, проведенных в регионе, и перевода рецензируемой литературы с английского языка.</p> <p>18. Разработка пакетов ответных мер на различные сценарии развития кризисных ситуаций с ОЗТ, которые теоретически могут возникнуть в странах ВЕЦА.</p>
<p>Оценка программы опиоидной заместительной терапии в Республике Таджикистан. Авторы: А. Болтаев, А. Дерябина, С. Холов и А. Ховард. ICAP</p>	<p>2013</p>	<p>1. Программу ОЗТ необходимо развивать, в том числе через расширение доступа к терапии в отдаленных районах страны, где существует потребность в такой терапии. Наряду с расширением доступности ОЗТ в новых населенных пунктах, необходимо повысить доступность терапии в Душанбе, Хороге и Худжанде путём открытия дополнительных пунктов ОЗТ. Особое внимание должно быть уделено развитию ОЗТ в местах лишения свободы.</p> <p>2. В соответствии с Модельным списком основных лекарственных средств ВОЗ и с целью дальнейшего снижения цен на препараты ОЗТ и упрощения их импорта в страну необходимо включить метадон и бупренорфин в список жизненно важных лекарственных средств Республики Таджикистан.</p>

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
		<p>3. Усилить методическую помощь пунктам ОЗТ через отбор, обучение и привлечение к работе специалистов из медицинских институтов и неправительственных организаций, специализирующихся на психиатрии и наркологии, для работы в качестве национальных технических консультантов.</p> <p>4. Привести критерии приёма в программу ОЗТ в соответствие с рекомендациями ВОЗ и исключить действующие в настоящее время требования, связанные с количеством неудачных попыток лечения и продолжительностью стажа инъекционного употребления наркотиков.</p> <p>5. Улучшить процедуры мониторинга и оценки ОЗТ, обеспечив сбор и анализ данных, связанных как с непосредственным оказанием услуг, так и с влиянием ОЗТ на пациентов (изменение поведения и уровня здоровья). При этом важно обеспечить стандартизацию информации, собираемой с разных пунктов выдачи ОЗТ, упростить отчетные формы, а также внедрить электронную систему мониторинга программ ОЗТ, что будет способствовать улучшению качества данных и снижению объема бумажной работы для сотрудников.</p> <p>6. Для улучшения качества программ ОЗТ необходимо разработать упрощенные пособия по основным положениям и требованиям Оперативного руководства по ОЗТ в отдельности для врачей, медицинских сестер и социальных работников.</p> <p>7. Необходимо усилить участие общественных организаций и пациентов ОЗТ в реализации мероприятий по разъяснению сути ОЗТ среди ЛУИН и членов их семей. Также необходимо использовать потенциал и опыт НПО в обеспечении психосоциального сопровождения и консультирования пациентов ОЗТ и их близких. Представители общественных организаций и пациентов могут быть чрезвычайно полезны в улучшении качества ОЗТ через создание и участие в работе общественных наблюдательных комитетов при пунктах ОЗТ. Функции подобных комитетов можно интегрировать в существующие комиссии по отбору новых пациентов.</p> <p>8. Провести обучение для сотрудников пунктов ОЗТ и врачей СПИД центров по основам АРТ у пациентов, принимающих ОЗТ, с целью увеличения количества пациентов на АРТ и усиления приверженности к ней.</p>

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
		<p>9. Усилить взаимодействие пунктов ОЗТ с программами снижения вреда, лечения ВИЧ инфекции и туберкулёза. Расширить применение успешной практики предоставления интегрированной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией и туберкулёзом по принципу «одного окна».</p> <p>10. Усилить адвокационную работу, нацеленную на формирование и поддержание благожелательного отношения к пациентам и ОЗТ, среди сотрудников медицинских и немедицинских учреждений, работающих с ПИН на национальном и местном уровнях, в особенности представителей правоохранительных органов.</p> <p>11. Для обеспечения устойчивости программы ОЗТ необходимо разработать альтернативные механизмы финансирования, включающие в себя сооплату со стороны государственного бюджета и пациентов, нуждающихся в ОЗТ. Подобные механизмы финансирования способны снизить зависимость программы ОЗТ от внешних доноров. Также необходимо оптимизировать штатное расписание пунктов ОЗТ для расширения возможностей по развитию программы в отдаленных районах страны, в том числе через упразднение ставок охранников и создание возможности для частичной занятости одного нарколога-куратора в нескольких пунктах ОЗТ, расположенных в соседних районах.</p>
<p>ВИЧ/СПИД в Таджикистане. Среднесрочная оценка Национальной программы по противодействию ВИЧ/СПИД на 2011–2015 годы. Авторы: Laukamm-Josten, U., Khotenashvili, L., Akkazieva, B., Antonyak, S., Cebotari, S., Cosmaro, L., Hasanova, S., Kadandale, S., Kobyshcha, Iu., Mimica, J., Scutelnicu, O., & Subata, E. Всемирная организация здравоохранения [На английском языке]</p>	<p>2014</p>	<p>Основные выявленные результаты (касательно ПТАО):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Программа ОЗТ охватывает приблизительно 1 % от оценочного количества ЛУИН; ограничительные национальные политики и практики, включая руководства по ОЗТ, наркологический учет, географическую удаленность сайтов и отсутствие какой-либо психосоциальной поддержки представляют собой важнейшие барьеры для доступа к лечению. Наркологическая помощь является платной, в том числе и детоксикация от героина, что создает дополнительные препятствия. 2. Метадон не зарегистрирован в стране и не включен в Список основных лекарственных средств МЗ. Метадон импортируется в страну по ценам, которые выше, чем в некоторых соседних странах (например, в Кыргызстане).

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
		<p>3. Отсутствует система повышения потенциала в сфере ОЗТ для медицинских работников. Большинство медицинских сестер не проходили никакого обучения в сфере предоставления услуг ОЗТ.</p> <p>Основные рекомендации (касательно ПТАО):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обеспечить дальнейшую оптимизацию интеграции услуг по предоставлению АРТ и ОЗТ. 2. Пересмотреть Национальное руководство по ОЗТ и привести его в соответствие с рекомендациями ВОЗ и другими международными стандартами. 3. Ввести должности социального работника и психолога на сайтах ОЗТ и обеспечить предоставление всесторонней психосоциальной оценки и поддержки. 4. Разработать механизмы совместного финансирования со стороны государства и доноров программ игл и шприцев и ОЗТ. 5. Заменить существующую систему наркологического учета системой регистрации случаев на основе уникальных идентификационных кодов. 6. В тесном сотрудничестве с донорами, открыть новые сайты ОЗТ на базе наркологических центров/кабинетов; децентрализовать существующую программу ОЗТ, где это возможно, чтобы сделать ее географически более доступной для ЛУИН. Всячески поощрять и способствовать интеграции услуг ВИЧ/ТБ/ОЗТ. 7. Использовать существующую инфраструктуру наркологической службы и человеческие ресурсы на первичном и вторичном уровнях здравоохранения для того, чтобы расширить программы ОЗТ. 8. Включить вопросы, связанные с предоставлением ОЗТ, в учебные программы наркологов, психиатров и медсестер в медицинских образовательных учреждениях, включая высшие учебные заведения, колледжи и институты последипломной подготовки. 9. Внедрить программу ОЗТ в тюрьмы и следственные изоляторы/изоляторы временного содержания, чтобы помещенные в них пациенты могли продолжать ОЗТ, а заключенные могли инициировать ОЗТ в тюрьмах и затем продолжать получать ОЗТ в гражданском секторе.

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
<p>Факторы, влияющие на приверженность к программе опиоидной заместительной терапии в г. Худжанд, Таджикистан. Отчет об исследовании. Авторы: А. Шарипов, И. Неъматов и А. Абдугаффаров. Общественная организация «Худжанд»</p>	<p>2017</p>	<p>Рекомендации:</p> <p>Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, наркологической службе, международным донорским агентствам, финансирующим программу ЗТ, общественным организациям, страновым и областным координационным комитетам:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Внести изменения в существующие нормативно-правовые акты работы программ, с целью применения на практике выдачи метадона на руки. 2. Рассмотреть возможности анонимного участия в программе (предложить альтернативу документу, удостоверяющему личность, например, введя систему кодов). 3. Пересмотреть нормативные акты наркологической службы, регулирующие взятие и постановку на учет, чтобы в случае появления возможности трудоустроиться пациенту не пришлось ждать 3 - 5 лет для снятия с учета как наркозависимого. 4. Рассмотреть/практиковать выдачу метадона через аптечные сети либо через лечебно-профилактические учреждения для расширения географического охвата программы. <p>НПО, работающим в сфере снижения вреда и администрации сайта ЗТ в городе Худжанд:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Создать/развивать пациентские сообщества пациентов ЗТ, группы взаимо/самопомощи, советы пациентских сообществ на базе сайтов ЗТ, которые будут способствовать получению обратной связи о программе и участию пациентов в принятии решений как в отношении дизайна программ в целом, так и относительно своего собственного лечения. 2. В консультации с пациентами разработать план по улучшению психосоциальной поддержки в рамках программ. 3. Рассмотреть возможность расширения спектра услуг на базе сайта ЗТ, через внедрение социально-бытовых услуг, профессиональных курсов либо же организации досуговых услуг. 4. Рассмотреть возможность включения штатной позиции равного консультанта из числа пациентов ОЗТ для проведения первичного консультирования и поддержки пациентов в ходе лечения. 5. Общественные организации могут содействовать выявлению и перенаправлению потенциальных клиентов в программу, первичному консультированию пациентов, проведению групп по мотивации участников программы, групп поддержки по приверженности к ОЗТ. Возможно осуществление социального сопровождения клиентов со стороны сотрудников общественной организации для решения их социальных, юридических и других вопросов.

Название исследования, авторы, организация	Год публикации отчета	Выявленные слабые стороны/возможности для улучшения/выводы/рекомендации
<p>Анализ работы сайтов опиоидной заместительной терапии в Таджикистане. Автор: А. Ширвинскене. УНП ООН</p>	<p>2018</p>	<p>Слабые стороны (в общем для всех сайтов ПТАО):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нет психосоциальной работы (только общее информирование и консультирование). 2. Не составляются планы лечения/помощи, связанные с психосоциальным положением пациента. 3. Планы лечения составляются весьма формально, без индивидуализации в соответствии с ситуацией пациента. 4. Нет возможности выдачи метадона на дом стабильным пациентам. 5. Не оценивается стадия изменения поведения пациента, и в соответствии с ней не составляется план помощи. 6. Наблюдаются лишь попытки мотивационной работы в некоторых сайтах. 7. Планы выхода из программы лечения не индивидуализированы и без психологической помощи. 8. Небольшой спектр услуг, которые должны быть бесплатными (напр., детоксикация платная, нет программы Миннесоты). 9. Не используются инструменты/шкалы (напр., шкала Камбервелла) для оценки и измерения изменений в области здравоохранения, а также социальной, трудовой и психологической областях, которые могли бы быть полезными при составлении и корректировании планов лечения. 10. Не оцениваются изменения (в психосоциальной области) конкретного пациента (при оценивании малейших достижений).