

КОМПЛЕКСНЫЙ ПЛАН ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА 2014-2020 ГОДЫ

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА 1: ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ВВЕДЕНИЕ

1. Сокращения и аббревиатуры
2. Основные положения
3. Введение

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КАЗАХСТАНЕ

1. Основные достижения и успехи НТП
2. Основные проблемы НТП и пути их решения

ГЛАВА 3: МАСТЕР ПЛАН

1. Бремя туберкулеза и меры усиления контроля за ТБ в Республике Казахстан
 - 1.1. Распространенность, заболеваемость и смертность от ТБ
 - 1.2. М/ШЛУ-ТБ
 - 1.3. Ко-инфекция ТБ/ВИЧ
 - 1.4. ТБ в тюрьмах
 - 1.5. ТБ у детей
 - 1.6. ТБ среди мигрантов
2. Управление/Руководство НТП
 - 2.1. Разработка Стратегии и Политики
 - 2.2. Выполнение Национальной программы по контролю над ТБ
 - 2.2.1. Национальный уровень
 - 2.2.2. Областной уровень
 - 2.2.3. Структура специализированных ТБ служб
 - 2.2.4. Организация амбулаторного лечения больных ТБ и МЛУ-ТБ в рамках реформ здравоохранения
 - 2.2.5. Организация лабораторной службы
 - 2.2.6. Инфекционный контроль в местах повышенного риска ТБ
 - 2.2.7. Партнерство и привлечение гражданского общества
 - 2.2.8. Адвокация, коммуникация и социальная мобилизация
 - 2.3. Финансирование контроля над ТБ
 - 2.4. Эпидемиологический надзор, мониторинг и оценка
 - 2.5. Фармакологический надзор
 - 2.6. Оценка Национального Стратегического Плана по контролю над ТБ 2007-2012 гг
3. Цель и задачи Комплексного плана, 2014-2020
 - 3.1. Введение
 - 3.2. Задачи
 - 3.3. Описание задач, стратегических вмешательств и мероприятий

ГЛАВА 4. ОПЕРАТИВНЫЙ ПЛАН (с приложением таблицы Excel)

ГЛАВА 5. ПЛАН ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ГЛАВА 6. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

ГЛАВА 7. БЮДЖЕТНЫЙ ПЛАН (с приложением таблицы Excel)

ГЛАВА 1: ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ВВЕДЕНИЕ

1. Сокращения и аббревиатуры

AFEW	СПИД-Фонд Восток-Запад
АГИУВ	РГКП «Алматинский государственный институт усовершенствования врачей»
АРТ	Антиретровирусная терапия
БЦЖ	Бацилла Кальмета-Герена
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВЛТБ	Внелегочный туберкулез
ВВП	Внутренний валовый продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФСТМ/ГФ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией /Глобальный фонд
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ИК	Инфекционный контроль
КТТ	Кожный туберкулиновый тест
КЗС	Комитет «Зеленый свет»
ЛИМС	Лабораторная информационная система
ЛТБИ	Латентная туберкулезная инфекция
LJ	Левенштейн-Йенсен
LPA	Линейное зондирование
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
MPT	Магнитно-резонансная томография
МФ	Массовая флюорография
МКГ	Международная конференция по гармонизации технических требований к регистрации
ISTC	Международные стандарты медицинской помощи лечения и контроля ТБ
МВД	Министерство внутренних дел
МЗ	Министерство здравоохранения
МЮ	Министерство юстиции
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НТП	Национальная программа борьбы с туберкулезом
НРЛ	Национальная референс-лаборатория по ТБ
НЦПТ	Национальный центр проблем туберкулеза
НЦСПИД	Национальный Центр СПИД
НПР	Неблагоприятная побочная реакция
НПО	Неправительственная организация
KNCV	Нидерландское центральное объединение по борьбе с туберкулезом
ОПТД	Областной противотуберкулезный диспансер
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия

ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
MGIT	Пробирка с индикатором роста микобактерий
ПТП 1 ряда	Противотуберкулезные препараты 1 ряда
ПТП 2 ряда	Противотуберкулезные препараты 2 ряда
РЦРЗ	Республиканский центр развития здравоохранения
СЭС	Санитарно-эпидемиологическая служба
СПИД	Синдром приобретенного иммунного дефицита
СМК	Система менеджмента качества
СОП	Стандартные операционные процедуры
СКК	Страновой координационный комитет
ТЛЧ	Тестирование на лекарственную чувствительность
ТБ	Туберкулез
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ШЛУ-ТБ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
УФ-С	Ультрафиолет С
УФГИ	Ультрафиолетовое гермицидное излучение
ФКД	Фиксированная комбинация доз
CDC	Центр по контролю и профилактике заболеваний
ЧР	Человеческие ресурсы
ЭСО	Экспертный совет организации

2. Основные положения

В Комплексном плане борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 определены основная цель, целевые показатели, стратегические вмешательства и мероприятия с целью информирования и осуществления профилактики, лечения и контроля туберкулеза в период действия плана. В его основе – фактические эпидемиологические данные¹ за 2011 год, согласно которым уровень извещения о случаях ТБ составляет 142/100.000 (согласно оценкам 168/100.000)¹, уровень смертности - 8/100.000 населения (по оценкам 14/100.000), отмечается рост М/ШЛУ-ТБ - в 2011 г. продиагностировано 3.500 случаев (из 5.400 случаев МЛУ-ТБ, рассчитанных из извещенных случаев ТБ). Эпидемиологические данные говорят о том, что в Казахстане бремя ТБ наивысшее среди 18 стран Европейского региона ВОЗ с высоким бременем ТБ.

Тем не менее, в последние десятилетия Национальная программа Республики Казахстан по борьбе с туберкулезом (НТП) продемонстрировала свои возможности по улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу за счет снижения его распространенности на 42,3% в период с 2002 по 2012 год. Большое значение придается решимости Правительства в борьбе с туберкулезом посредством постоянного увеличения средств бюджета на борьбу с туберкулезом (с 15 миллионов тенге в 2009 г. до 23 млн. тенге в 2012 г., т.е. на 39,1%), а также выделения средств Министерству здравоохранения на повышение эффективности противотуберкулезных служб, привлечение ПМСП в контроль туберкулеза, усиление

¹ Глобальный доклад по ТБ

амбулаторного лечения, сокращение ненужной госпитализации больных туберкулезом и рационализацию противотуберкулезных служб.

В настоящее время система здравоохранения Казахстана проходит через реформирование и преобразование, в том числе и в системе финансирования. Складывающаяся ситуация делает неизбежным внесение изменений в законодательство и систему финансирования, чтобы заложить основу и создать условия для формирования новой рациональной системы борьбы с ТБ в предстоящие 7 лет в рамках реформирования здравоохранения, предполагающего сокращение количества стационарных коек в противотуберкулезных учреждениях и расширение амбулаторного лечения больных ТБ, в том числе и в учреждениях ПМСП. Стратегические вмешательства, предлагаемые в рамках Комплексного плана, связаны и приведены в соответствие с рекомендациями, изложенными в Основных планах по борьбе с туберкулезом для 14 областей и 2 городов до 2015 г.²

На основе всестороннего изучения текущей программы по туберкулезу, проведенного в 2012 году НЦПТ, ВОЗ и партнерами, исследования, проведенного “Sanigest international” (2013 г.), а также независимых оценок лабораторной сети и инфекционного контроля, определено множество достижений и слабых сторон программы.

Основные сложности для НТП в Казахстане можно определить по нескольким аспектам: необходимость в: (i) пересмотре действующей модели лечения туберкулеза, а также пересмотре протоколов предотвращения, диагностики и лечения (особенно М/ШЛУ-ТБ), туберкулеза у детей, инфекционного контроля, туберкулеза в тюрьмах, сотрудничества с гражданским обществом и пенитенциарной системой, туберкулеза у мигрантов, ТБ/ВИЧ и других уязвимых групп; (ii) совершенствование эпиднадзора за туберкулезом, бактериологическая диагностика (за счет внедрения методов молекулярного исследования), и повышение успешности лечения (сейчас 75%); увеличение охвата ТЛЧ и участия социального сектора в оказании поддержки больным.

Настоящий Комплексный план является результатом тесного сотрудничества специалистов НЦПТ и национальных и международных партнеров. Документ подготовлен в соответствии с государственной стратегией развития здравоохранения и нормативными документами (т.е. «Об улучшении предоставления противотуберкулезной помощи населению Казахстана», 1998 г.; Государственная программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Казахстан» от 28 февраля 2011 г.; Постановление Правительства РК №1263 «О мерах по защите населения от туберкулеза в Республике Казахстан», 2007 г.), а также скоординирован с проектом Всемирного банка и стратегией ВОЗ по борьбе с туберкулезом на период после 2015 г.², где подчеркивается важность Комплексного плана, указывается не только четкое стратегическое направление борьбы с ТБ в стране, но и позволяет органам, представляющим финансирование, иметь четкое понимание каких результатов могут достичь вкладываемые ими средства.

Настоящий Комплексный план является логическим продолжением проектов по борьбе с ТБ, реализованных в Казахстане. Страна настроена решительно на достижение цели по снижению в два раза распространенности туберкулеза в течение следующих 7 лет до 2020 года:

1 Глобальный доклад по ТБ 2012 г.

- Долгосрочное стратегическое видение данного Комплексного плана: **Казахстан - страна, свободная от туберкулеза**
- **Общая цель: снижение заболеваемости и смертности от ТБ**
- **К 2020 году достичь следующих показателей:**
 - **Заболеваемость 55/100.000 населения (81,7/100.000 в 2012 г.)**
 - **Снижение смертности до 5,8/100.000 человек (8,0/100.000 в 2012 г.)**
 - **Охват лечением 95% больных М/ШЛУ-ТБ.**

Комплексный план – всесторонний документ, охватывающий противотуберкулезную деятельность практически всех организаций и партнеров по борьбе с ТБ в Казахстане на период 2014-2020 гг. Комплексный план состоит из 7 глав: 1) Основные положения и Введение, 2) Анализ текущей ситуации по борьбе с ТБ, 3) Основной план, 4) Операционный план, 5) План технической помощи, 6) План по мониторингу и оценке, и 7) Бюджетный план. Главы построены по логической схеме и представляют основные проблемы контроля ТБ, стратегические вмешательства и операционный план, направленный на решение основных проблем, соответствующий бюджет на финансирование мероприятий, мониторинг реализации Комплексного плана, а также план технической помощи (ТП).

Анализ текущей ситуации по борьбе с туберкулезом состоит из двух частей: (i) достижения в борьбе с ТБ в Казахстане, полученные к настоящему времени, и (ii) проблемы НТП и контроля ТБ в целом.

В **Основном плане** (основная глава Комплексного плана) приведены основные статистические данные Казахстана, эпидемиологические данные по туберкулезу, организационная структура НТП и сети лабораторий, а также результаты недавнего анализа сильных и слабых сторон, возможностей и угроз (SWOT). В нем изложены не только многочисленные достижения НТП, полученные в прошлом, но и определены серьезные слабые стороны, устранение которых сформулировано в стратегических задачах и соответствующих мероприятиях, выделенных в 4 общие задачи и 13 стратегических вмешательств.

Задача № 1 относится к реформе противотуберкулезной службы в Казахстане в гражданском и пенитенциарном секторе здравоохранения и расширению амбулаторного и стационарозамещающего лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ. Задача включает в себя мероприятия по созданию законодательной основы, необходимой для внесения запланированных изменений в организационную систему и финансирование, направленных на преобразование противотуберкулезных служб в течение следующих 7 лет. Также определены мероприятия по широкому вовлечению служб ПМСП и расширению амбулаторного лечения больных ТБ (в течение всего периода лечения), которое должно увеличиться с 0,5% в 2012 г. до 5% в 2015 и, наконец, 50% в 2020 г. Планируется сокращение стационарных коек на 35% и средней продолжительности пребывания в стационаре для ТБ больных с 75 в 2012 до 30 дней в 2020 г. Проблема множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) будет решаться за счет децентрализации лечения больных с МЛУ-ТБ и направления их на лечение на уровень ПМСП при поддержке от НПО.

Задача № 2 направлена на улучшение доступа к современным эффективным технологиям диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ, а также улучшение профилактики, включая в пенитенциарном секторе и среди мигрантов. Здесь указаны вмешательства, направленные на улучшение диагностики и лечения ТБ за счет внедрения молекулярных исследований

ускоренной диагностики и увеличения охвата ТЛЧ до 95% в течение 7 лет. Предполагается, что надлежащее осуществление всех этих мероприятий будет способствовать росту успешных исходов лечения до 85% для больных ТБ и 75% для больных МЛУ-ТБ.

Задача № 3 направлена на мероприятия по улучшению мер инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях, включая в пенитенциарном секторе, модернизацию системы электронного учета и отчетности, которая позволяет получать достоверные данные и использовать их разработчиками политики и руководителями на всех уровнях контроля ТБ.

Задача № 4 определяет мероприятия по усилению межведомственного и межотраслевого сотрудничества по борьбе с ТБ. Стратегические вмешательства в рамках данной задачи включают определение стандартов социальной помощи группам высокого риска. Планируется улучшить оказание услуг здравоохранения мигрантам, содействовать совместным действиям по ТБ/ВИЧ и достичь 100%-ного охвата больных ТБ исследованиями на ВИЧ, а также ИПТ и АРТ.

В **Операционном плане** описано, что будет сделано в последующие семь лет, чтобы сохранить тенденцию снижения распространенности ТБ. Опыт, полученный в результате реализации успешных подходов в последние несколько лет (например, отслеживание контактов, НКЛ в сообществе), будет широко распространен по всей стране. Ожидается, что внедрение ускоренных методов молекулярной диагностики будет способствовать улучшению ситуации с выявлением заболевания, охватом ТЛЧ более 95% случаев, подтвержденных бактериологическими исследованиями, и своевременным лечением М/ШЛУ-ТБ. Тесное сотрудничество НЦПТ и Центров ВИЧ/СПИД, успешно решающих проблему ТБ/ВИЧ в Казахстане до настоящего времени, будет продолжено и будет расширяться, уделяя особое внимание ИПТ и АРТ для больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ. Планируется предпринять многочисленные виды деятельности по улучшению лечения ТБ среди мигрантов и проведению тренингов по развитию человеческих ресурсов, например, специальных тренингов для врачей, занимающихся ведением ТБ больных, и специалистов лабораторий, а также тренингов по инфекционному контролю.

План технической помощи определяет потребности в технической помощи, предоставляемой местными и международными экспертами, при этом они указаны таким образом, чтобы партнеры могли сопоставить свои обязательства с указанными потребностями. Очень часто будет привлекаться помощь местных специалистов на областном и региональном уровне. Наиболее актуальной является потребность в технической помощи в разработке документов, протоколов, тренингов, улучшении ведения больных ТБ, решении проблем с мигрантами, ИК, а также среднесрочной и долгосрочной оценки достижений Комплексного плана.

План мониторинга и оценки включает усиление системы мониторинга и оценки, особенно внедрение электронного управления данными. План включает методологию мониторинга результатов реализации Комплексного плана и эпидемиологического воздействия Комплексного плана на эпидемию ТБ. Он содержит 29 индикаторов, относящихся к стратегическим вмешательствам, определенных через воздействие (3 индикатора), конечный результат (8 индикаторов), исход (6 индикаторов) и 12 индикаторов на уровне процесса. Индикаторы планового мониторинга реализации мероприятий определены в Операционном плане.

Бюджетный план определяет средства, необходимые для достижения национальной цели, и оценку ресурсов, которые, возможно, будут доступны из средств организаций, уже вовлеченных в эту деятельность. План предусматривает максимальную прозрачность при соединении целей с задачами, стратегических вмешательств и мероприятий и бюджета этих мероприятий, а также средств их оценки и приведения в действие в течение 7 лет. Расходы на 7-летний период по достижению общей цели борьбы с ТБ в Казахстане составляет 520 миллионов долларов США. Сумма включает расходы на лечение 185.000 со всеми формами ТБ, в том числе 35.000 МЛУ-ТБ, а также исследования около 2.000.000 людей с подозрениями на ТБ. В первые три года реализации Комплексного плана (2013-2016 гг.) планируется привлечение значительного вклада от стороны внешних партнеров, особенно ГФАТМ.

3. Введение

Комплексный план является логическим продолжением проектов по борьбе с ТБ, реализованных в Казахстане, и продолжением Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и лекарственной устойчивостью в Европейском регионе ВОЗ на 2011-2015 годы, а стратегии, включенные в этот документ, соответствуют руководящим принципам, заложенным в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011 – 2015 годы. Данный документ разработан в соответствии с положениями Дорожной карты по профилактике и борьбе с лекарственно-устойчивым туберкулезом, разработанной и опубликованной Европейским региональным бюро ВОЗ в 2012 г.

Комплексный план разработан на основе многочисленных консультаций со специалистами противотуберкулезной службы Казахстана на национальном, областном и региональном уровне, а также донорами и организациями-партнерами (USAID, CDC, TB CARE, KNCV, проект «Качественное здравоохранение» и др.), вовлеченными в процесс борьбы с ТБ в Казахстане.

Президент Республики Казахстан Нурсултан Назарбаев в своем обращении в отношении национальной стратегии «Казахстан – 2050»¹ отметил, что здоровье народа является основой успешного будущего страны и необходимостью для долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения и внедрения общих стандартов к качеству медицинских услуг, а также улучшения материально-технического оснащения медицинских учреждений. Одним из приоритетов общественного здравоохранения в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан»² на 2011 - 2015 годы обозначено улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

В 1998 году Национальная программа борьбы с туберкулезом (НТП) внедрила НКЛ, а в 2001 г. внедрила стратегию НКЛ+. В основе действующей программы современная стратегия «Остановить ТБ», разработанная в 2006 г. По результатам последнего обзора НТП 2012 г.³ Казахстан добился значительных результатов реализации программы по борьбе с туберкулезом, руководствуясь рекомендациями ВОЗ.

Основные достижения последних лет:

- Диагностика и лечение ТБ и МЛУ-ТБ согласно рекомендациям ВОЗ;
- Интеграция противотуберкулезной деятельности в службы ПМСП;

- В несколько раз увеличен бюджет государства на борьбу с ТБ, в том числе и на лечение больных МЛУ-ТБ;
- В последние годы значительно улучшились меры инфекционного контроля;
- Специалисты по туберкулезу хорошо подготовлены и организованы в рамках национальной системы специалистов здравоохранения. В стране налажена отличная система учета и отчетности, определяющая хороший потенциал для ведения мониторинга и оценки. Специалисты по туберкулезу хорошо подготовлены и организованы в рамках национальной системы специалистов здравоохранения.
- Есть ряд отличных примеров привлечения НПО и других партнеров в профилактику и борьбу с туберкулезом даже в пенитенциарном секторе;
- Высокий охват больных ТБ исследованием на ВИЧ.

Несмотря на значительные достижения в борьбе с туберкулезом, Казахстан, тем не менее, остается государством с самым высоким бременем ТБ среди 18 стран с высоким бременем в Европейском регионе ВОЗ, и есть ряд сложностей, требующих пристального внимания.

Основные сложности:

1. Пересмотр действующих моделей противотуберкулезной помощи (реструктуризация стационарной сети, сокращение ненужной госпитализации; сокращение средней продолжительности пребывания в стационаре; адаптация предоставления услуг; уход от узкопрофильных стационаров; создание минимальных стандартов к разным уровням стационарной помощи);
2. Амбулаторное лечение в службах ПМСП не функционирует в полном объеме и не охватывает всех больных с отрицательным мазком мокроты и больных МЛУ-ТБ (например, больные, нуждающиеся в инъекционном лечении, не обслуживаются в некоторых поликлиниках).
3. Ускоренная молекулярная диагностика МЛУ-ТБ и ТЛЧ пока не доступны все больным (хотя в стране есть планы повсеместного внедрения в скором времени).
4. Высокий уровень лекарственно-устойчивого туберкулеза и расширение лечения МЛУ-ТБ, увеличится количество больных, прерывающих лечение МЛУ-ТБ.
5. Наличие списка ожидания, отсутствие ускоренной диагностики и бесперебойного снабжения ПТП 2 ряда для больных МЛУ-ТБ в пенитенциарном секторе.
6. Социальная помощь больным не стандартизирована и зависит от наличия средств в каждой области.
7. В последующие 5-10 лет ожидается значительный кадровый дефицит специалистов по ТБ, учитывая нынешний дефицит молодых докторов, специализирующихся на ТБ, старение работающих специалистов и введение новых процедур по специализации по ТБ после 2014 г.
8. Недостаточная работа с внешними мигрантами с ТБ. Отсутствует трансграничный механизм контроля и лечения ТБ.
9. Инфекционный контроль на всех уровнях лечения не соответствует международным стандартам. Действующие Правила СЭС по ИК устарели, основаны не на фактических показаниях, являются дорогостоящими и неэффективными для предотвращения ТБ.
10. Отсутствие интегрированных служб ТБ и ВИЧ/СПИД (своевременная диагностика ТБ в

службах ВИЧ, позднее начало АРТ для людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) с активной формой ТБ, отсутствие опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) в туберкулезных больницах) затрудняют исходы лечения больных ТБ с сопутствующими условиями (ВИЧ, потребители инъекционных наркотиков (ПИН)).

11. Незначительно количество НПО, работающих по ТБ, и едва ли имеется какое-либо объединение больных ТБ.

Более детальное описание вышесказанного содержится в Основном плане.

В соответствии с вышесказанным и по результатам недавнего обзора НТП 2012 года определены стратегические задачи, вмешательства, приоритеты и механизмы реализации Комплексного плана борьбы с туберкулезом на 2014-2020 годы. В Комплексном плане предложены меры по преодолению вышеупомянутых сложностей. Последняя миссия ВОЗ по обзору совместно с национальными партнерами определила самые важные рекомендации, которые необходимо учесть в новом Комплексном плане.

Комплексный план определяет законодательные, структурные и экономические меры, а также кадровые ресурсы, необходимые для исполнения запланированных мер с учетом межведомственного и межотраслевого сотрудничества. Исполнение данного плана поможет улучшить доступ и качество противотуберкулезных услуг для населения за счет внедрения ускоренных методов диагностики ТБ, включая устойчивые формы эффективного лечения, соблюдение мер инфекционного контроля в точках высокого риска ТБ, предоставление социальных услуг уязвимым группам населения, создание условий для повышения мотивации больных ТБ к лечению, профессиональный и личностный рост медицинских работников, адаптация системы финансирования противотуберкулезных мероприятий к современным требованиям и условиям рынка.

Комплексный план – документ, определяющий видение, цель и стратегические вмешательства в борьбе с ТБ.

Комплексный план обеспечивает направление действий не только для Министерства здравоохранения, но и всех ответственных и исполнительных органов правительства и негосударственного сектора на национальном и международном уровне, а также служит проводником для финансирующих организаций, рассматривающих возможности выделения средств на борьбу с ТБ в Казахстане в период с 2014 по 2020 г. Документ представляет собой структурный план, излагающий необходимость оптимизации борьбы с ТБ в Казахстане до тех пор, пока на основе результатов, полученных к настоящему времени, не будут устранены пробелы в контроле ТБ, и будут приняты новые направления действий страны. План четко определяет стратегические приоритеты борьбы с ТБ и эффективность расходования средств, которую можно достичь с помощью имеющихся или перспективных инвестиций различных организаций.

Комплексный план разработан в процессе консультаций его разработчиков и специалистов противотуберкулезной службы республики на национальном и региональном уровнях, с сотрудниками, донорами и организациями-партнерами (USAID, ВОЗ, CDC, TB CARE I, KNCV, проект «Качественное здравоохранение», PSI и др.), которые участвуют в борьбе с ТБ в Казахстане.

Основные принципы Комплексного плана борьбы с туберкулезом в Казахстане на 2014-2020 гг.

Комплексный план по борьбе с туберкулезом основан на следующих принципах:

1. **Долгосрочные принципы** и видение: все стратегические вмешательства четко увязаны с видением Комплексного плана и ожиданиями так, что они смогут продемонстрировать: как они будут способствовать достижению видения.
2. **Фактические данные:** в основе инициатив – фактические данные, а реализация построена на достижении правильно сформулированных задач и целевых показателей.
3. **Рациональное использование** средств на борьбу с ТБ на основе протоколов для амбулаторного лечения, сокращения количества ТБ коек, подходов, ориентированных на пациента, а также повышения приверженности к лечению и мотивации медицинских работников. **Доступ к инновационным методам ускоренной диагностики** и эффективное лечение всех больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ, в том числе из числа групп высокого риска.
4. **Объективность, прозрачность и измеримость** системы мониторинга и оценки.
5. **Координация и согласованность** различных подразделений здравоохранения (МВД, Министерство обороны, МТСЗ, МОН), международных организаций и доноров.
6. **Гибкость** – предполагалось, что данный Комплексный план будет гибким для обеспечения быстрого внедрения изменений, когда имеются соответствующие показания и условия, требующие определенной гибкости.
7. **Соблюдение прав:** Комплексный план разработан таким образом, чтобы обеспечить защиту прав человека и других законных прав, включая гендерное равенство и соблюдение прав обоих полов.

Комплексный план борьбы с ТБ на следующий 7-летний период будет основан на новейших рекомендациях Глобальной стратегии по борьбе с ТБ на период после 2015 года, предварительно носящей название «Покончим с ТБ»¹, на 2016-2035, утвержденной Стратегической и технической консультативной группой ВОЗ в июне 2013 г. Новая стратегия также подлежит утверждению Всемирной ассамблеей здравоохранения и будет еще доработана.

Новая глобальная стратегия базируется на трех основных принципах (Рисунок 1).

Рисунок 1. Компоненты стратегии «Покончим с ТБ»

Принципы и компоненты

Инновационное лечение ТБ	Смелая политика и поддерживающая система	Усиление исследований и инноваций
Ускоренная диагностика ТБ, включая всеобщее тестирование на лекарственную чувствительность; регулярный скрининг контактных и групп высокого риска	От правительства общее руководство, готовность и соответствующие ресурсы на лечение ТБ и контроль с мониторингом и оценкой	Открытие, разработка и быстрое принятие новых методов диагностики, лекарств и вакцин
Лечение всех форм ТБ, в т.ч. лекарственно-устойчивого ТБ с оказанием помощи пациенту	Привлечение сообществ, организаций гражданского общества и всех государственных и частных медицинских учреждений	
Совместные действия по ТБ/ВИЧ и ведение сопутствующих заболеваний	Нормативная база для учета естественного движения населения, уведомления о случаях, качества лекарств и их рационального использования и инфекционный контроль	Операционные исследования для оптимизации реализации и принятия инноваций
Профилактическое лечение для групп высокого риска и вакцинация детей	Всеобщий охват услугами здравоохранения, социальная защита и прочие меры в отношении социальных детерминантов ТБ	

Каждый принцип подразумевает пакет стратегических вмешательств, которые должны быть адаптированы и осуществлены национальными программами борьбы с ТБ в зависимости от условий страны.

Первый принцип включает лечение и профилактику ТБ в рамках деятельности НТП в сотрудничестве с техническими и финансовыми партнерами и НПО. Данный Комплексный план направлен на усиление этих направлений деятельности, многие из которых Казахстаном уже проводятся.

Второй принцип – политика государства по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения, эффективности услуг здравоохранения, поддержки всеми соответствующими компонентами системы здравоохранения борьбы с ТБ и социальной защиты, как нового направления данного Плана, для больных и с подозрением на ТБ в целях улучшения лечения туберкулеза и профилактики для всех граждан. Уже ведется работа по привлечению сообществ и всех медицинских учреждений, повысится эффективность за счет продуктивного использования имеющихся служб здравоохранения.

Третий принцип представлен целью данного Комплексного плана, направленного на широкое применение новых технологий диагностики, сделав их основными при обследовании 100% с

подозрением на ТБ к 2020 г. Будут созданы механизмы для учета и других инноваций, которые могут быть предложены в период реализации плана.

Задачи, определяемые данным Комплексным планом, включают все стратегические вмешательства новой глобальной стратегии по ТБ, адаптированной к условиям Казахстана.

Комплексный план тесно связан с Национальной программой развития здравоохранения на 2008-2015 годы, а именно ее задачей по «достижению высокого уровня выявления заболеваемости и сохранения высоких показателей эффективности лечения легочного ТБ с положительным мазком». Реформы, которые в настоящее время активно обсуждаются в Министерстве здравоохранения, по управлению и финансированию системы здравоохранения, возможно, несколько затруднят выполнение мероприятий по борьбе с ТБ в процессе их реализации.

Данный Комплексный план также направлен на постепенное изменение структуры сети противотуберкулезных учреждений в Казахстане до 2025 г. В его основе лежит исследование, проведенное “Sanigest International” в рамках проекта «Передача технологий и институциональная реформа в секторе здравоохранения», реализуемого Правительством РК при поддержке Всемирного банка.

Процесс подготовки Комплексного плана борьбы с ТБ

Подготовка данного Комплексного плана борьбы с ТБ является продолжением и учитывает рекомендации, полученные миссией ВОЗ в 2012 г.:

- Необходимость перехода к финансовой устойчивости;
- Реформа здравоохранения, создающая соответствующую среду для рационализации противотуберкулезных учреждений, сокращения количества коек, амбулаторного лечения;
- Улучшением доступа к качественным ускоренным диагностическим исследованиям необходимо заняться и расширять их как можно скорее;
- Разработка системного подхода к оценке и внедрение новых подходов к борьбе с ТБ;
- Необходимость широкого распространения имеющихся примеров привлечения организаций гражданского общества и обеспечения интегрированного непрерывного лечения (перевод освобожденных больных из пенитенциарного в гражданский сектор здравоохранения);
- Усиление совместных действий по ТБ/ВИЧ;
- Создание объединений больных ТБ и групп поддержки и их интеграция в национальные мероприятия по борьбе с ТБ;
- Разработка стандартных критериев и руководящих принципов по обеспечению паллиативного лечения для неизлечимых больных МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ;
- Необходимость оценки динамики человеческих ресурсов для борьбы с ТБ на следующие 5-10 лет с расчетом возможного дефицита, а также принятия мер по обеспечению необходимыми ресурсами.

Комплексный план также направлен на выполнение требований новой модели финансирования Глобального фонда, так как республика сейчас находится в процессе подготовки Концепции для подачи ее в ГФСТМ.

С конца 2012 года проведены многочисленные мероприятия по подготовке данного Комплексного плана борьбы с ТБ с участием различных организаций, таких как Национальный центр проблем туберкулеза, играющего ведущую роль в этом процессе, специалистов различных государственных учреждений, гражданского и пенитенциарного сектора, а также международных партнеров. Над разработкой документа работало 8 рабочих групп, отвечающих за определение стратегических вмешательств, мероприятий и бюджета по всем аспектам борьбы с ТБ (см. список членов рабочих групп в конце данной главы). Предварительный вариант задач и стратегических вмешательств данного Комплексного плана был подготовлен в марте 2013 года и представлен в Министерство здравоохранения, после чего проведен ряд встреч и консультаций со Страновым координационным комитетом, предоставившим ценные замечания и заключения, учтенные в данном документе.

Основные компоненты Комплексного плана

Комплексный план включает в себя следующие главы:

- **Основные положения и Введение** – в этой главе изложены цель Комплексного плана и принципы, лежащие в его основе, а также его структура и процесс взаимодействия при его подготовке.
- **Анализ текущей ситуации по борьбе с туберкулезом** состоит из двух частей: (i) достижения в борьбе с ТБ в Казахстане, полученные к настоящему времени, и (ii) проблемы НТП и контроля ТБ в целом.
- **Основной план** – самый важный элемент Комплексного плана, в котором описаны условия, в которых ведется борьба с ТБ, оцениваются сильные и слабые стороны, возможности и угрозы. В нем указаны цель, задачи и стратегические вмешательства в новый период планирования, а также основные мероприятия.
- **Операционный план и План технической помощи** – две главы, где указаны мероприятия, которые будут осуществлены до 2020 г., включая техническую помощь, необходимую для поддержки в реализации Комплексного плана.
- **План мониторинга и оценки** – в этой главе описывается, как будет вестись мониторинг и оценка реализации Комплексного плана борьбы с ТБ.
- **Бюджетный план** – в этой части документа приведены расходы по каждому виду деятельности с указанием известных и предполагаемых источников финансирования до 2020 г.

Всем стратегическим вмешательствам в Комплексном плане присвоен номер, который можно отслеживать во всех ранее указанных документах.

Ссылки:

1. Послание Президента Республики Казахстан - Лидера нации Нурсултана Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства» от 14.12.2012/
2. Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года был утвержден Указом Президента Республики Казахстан № 922 от 1 февраля 2010 года.
3. Отчет Миссии ВОЗ от 16 мая 2012г.» Всесторонняя оценка противотуберкулезной помощи, профилактики и борьбы с туберкулезом в Казахстане»
4. Дорожная карта по профилактике и борьбе с лекарственно – устойчивым туберкулезом в европейском регионе ВОЗ, 2011-2015 годы.

Список членов рабочих групп:

1. Абилдаев Т.Ш. профессор, директор НЦПТ РК.
2. Берикова Э.А., национальный координатор по МЛУ ТБ, заместитель директора по научным исследованиям НЦПТ МЗ РК
1. Аденов М.М., главный врач НЦПТ МЗ РК
2. Бесстрашнова Я., координатор по информатике и отчетности группы МиО при НЦПТ МЗ РК
3. Баймуханова К.Х., заведующая отделом по организации и планированию противоэпидемических мероприятий НЦПТ МЗ РК
4. Мусабекова Г., национальный координатор по лекарственному менеджменту НЦПТ МЗ РК
5. Бисмилда В., заведующая референс лабораторией при НЦПТ МЗ РК
6. Аманжолова Л., национальный координатор по ТБ и ВИЧ
7. Садыков С., национальный координатор по инфекционному контролю НЦПТ МЗ РК, врач бронхолог
8. Исмаилов Ш.Ш. д.м.н., - менеджер ГРП ГФ
9. Жандаулетова Ж., специалист по мониторингу и оценке, ГРП ГФ
10. Курбанова А., специалист по мониторингу и оценке, ГРП ГФ
11. Нургазина Ж., экономист НЦПТ МЗ РК
12. Мырзалы Г., главный специалист отдела организации противотуберкулезной помощи Управления медицинского обеспечения КУИС МВД РК
13. Ни З.И., специалист по реализации проекта Глобального Фонда
14. Пак Светлана- KNCV
15. Калиакбарова Гульнара - KNCV
16. Бабамурадов Бахтиор – Проект качественное здравоохранение USAID
17. Трусов Александр - Проект качественное здравоохранение USAID

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КАЗАХСТАНЕ

Основные достижения и успехи НТП

Эпидемиологическая ситуация по ТБ

- Контроль над ТБ в Казахстане является одним из приоритетных направлений в деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (РК) и осуществляется согласно Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011- 2015гг.
- Благодаря реализации противотуберкулезных мероприятий, были достигнуты основные цели контроля ТБ в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (к 2015 г.: заболеваемость - 94,7, смертность - 11,7 на 100 тыс. населения).
- Улучшению эпидемиологической ситуации по ТБ в стране способствуют принимаемые системные меры на уровне Правительства, Министерства здравоохранения (МЗ) и местных исполнительных органов РК.
- На стадии утверждения находится обновленный Приказ МЗ РК по менеджменту ТБ и М/ШЛУ-ТБ, основанные на последних рекомендациях ВОЗ.
- Разработан и утвержден МЗ РК План действий (Дорожная карта) по совершенствованию противотуберкулезной службы РК на 2012-2015 годы.
- Отмечается стойкая тенденция в сторону снижения показателей заболеваемости, распространенности, смертности и инвалидности от ТБ, благодаря проводимым противотуберкулезным мероприятиям при финансовой поддержке Правительства РК.
- Если показатель заболеваемости населения ТБ в 2010 году составлял 95,3, в 2011 году – 86,6, то в 2012 году – 81,7 на 100 тыс. населения. Показатель смертности от ТБ составлял в 2010 году 10,6, в 2011 году – 8,4, в 2012 году – 7,4 на 100 тыс. населения. В целом, за последние 10 лет заболеваемость ТБ в стране снизилась на 49,1%, а смертность - на 67%.

Диагностика ТБ и М/ШЛУ-ТБ

- Разработаны и внедрены на основе рекомендаций ВОЗ и принципов доказательной медицины стандарты выявления, диагностики, лечения и системы мониторинга ТБ.
- На основании результатов совместного пилотного проекта по борьбе с МЛУ-ТБ, проведенного НЦПТ, городским противотуберкулезным диспансером г. Алматы и Алабамским университетом США в 2003-2008г.г., разработаны современные протоколы выявления, диагностики, лечения и системы мониторинга МЛУ-ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах, основанные на рекомендациях ВОЗ и принципах доказательной медицины. Данные протоколы внедрены по всей стране.
- Основной доказательной базой диагностики ТБ и МЛУ-ТБ является бактериологическая диагностика.
- Для координации действий создана сертифицированная Национальная референс-лаборатория (НРЛ), соответствующая международным стандартам.
- Микроскопия мазков мокроты по стране осуществляется в 315 лабораториях ПМСП

гражданского сектора и 41 лаборатории пенитенциарной системы. В учреждениях ПМСП, где нет базовой лабораторий, имеются комната или места сбора мокроты и ответственные специалисты за сбор, а также организована транспортировка мокроты в бактериологические лаборатории ПТУ.

- Обеспеченность бинокулярными микроскопами по стране в 2012 году составил 85% от общей потребности по сравнению с 80% - в 2011 году. Расчет: на 1 бактериоскопическую лабораторию, занимающуюся диагностикой ТБ, необходим 1 микроскоп, если нагрузка превышает 4000 мазков в год, то количество микроскопов увеличивается.
- Во всех областных, городских и региональных бактериологических лабораториях и НРЛ при НЦПТ РК внедрена методика тестирования на лекарственную чувствительность к ПТП первого и второго ряда с осуществлением системы внешнего и внутреннего контроля качества. Постановка ТЛЧ к ПТП 2 ряда способствует улучшению диагностики ШЛУ-ТБ.
- В рамках реализации 6 и 8 Раундов грантов ГФ бактериологические лаборатории областных, городских и региональных противотуберкулезных диспансеров и НЦПТ дополнительно оснащены крайне необходимым лабораторным оборудованием, расходными материалами, реагентами для внедрения ускоренной высокоспецифичной молекулярно-генетической диагностики ТБ и МЛУ-ТБ.
- Во всех бактериологических лабораториях регионов, включая НРЛ и Карагандинскую лабораторию пенитенциарной системы, внедрены передовые методы ускоренной молекулярно-генетической диагностики ТБ и МЛУ-ТБ: ВАСТЕС-MGIT-960, HAIN-test и G-Xpert, что позволило выполнить ТЛЧ в 98,0% случаев ТБ при стандарте ВОЗ – 90%. Метод G-Xpert внедряется в 13 пилотных регионах,
- Экспертами миссии ВОЗ в 2012 г. был отмечен значительный вклад рентгенографического метода обследования в диагностику ТБ. На начало 2013 года ПТУ страны оснащены 195 рентгенодиагностическими аппаратами.

Лечение ТБ и М/ШЛУ-ТБ

- Правительством РК и МЗ из республиканского бюджета выделяются средства на обеспечение больных ТБ ПТП 1 и 2 ряда. Финансирование ПТП ежегодно увеличивается с учетом количества зарегистрированных больных, в первую очередь М/ШЛУ ТБ. Для лечения больных МЛУ-ТБ ПТП 2 ряда также закупаются с помощью регионального Комитета Зеленого Света на средства Глобального Фонда.
- В результате этого, из года в год увеличивается охват больных МЛУ-ТБ лечением ПТП 2 ряда. Данный показатель по итогам 2012г. составил 86,9% (целевой показатель ВОЗ - 85%).
- Начато лечение больных ШЛУ-ТБ. На базе НЦПТ внедрена новая технология хирургического лечения больных М/ШЛУ-ТБ с помощью бронхоблокации и селективного коллапса легкого силиконовым имплантом.

Материально-техническая база противотуберкулезных учреждений

- В рамках республиканской бюджетной программы 005 «Целевые трансферты на развитие областным бюджетам и бюджетам городов Астаны и Алматы на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения», в стране в период с 2004 по 2011 годы сданы в эксплуатацию 46 новых типовых комплексов туберкулезных больниц.
- В рамках Программы МЗ РК «Материальное оснащение противотуберкулезных учреждений», в течение последних 5 лет противотуберкулезные диспансеры оснащены современным медицинским и лабораторным оборудованием, что расширяет возможности

лабораторных исследований по диагностике и контролю за лечением больных ТБ и МЛУ-ТБ.

- В НЦПТ проведен капитальный ремонт с установкой приточно-вытяжной вентиляционной системы в соответствии с международными стандартами инфекционного контроля.
- На основании Правительственного Соглашения между Германией и Казахстаном по усилению Национальной Программы, на безвозмездной основе НБРР (KfW) поставлено лабораторное оборудование в гражданские и пенитенциарные ПТУ Акмолинской, Северо-Казахстанской и Кызылординской областей и НЦПТ. Ожидается поставка лабораторного оборудования в гражданские и пенитенциарные ПТУ Актюбинской и Южно-Казахстанской областей.
- Осуществляется реализация Соглашения по проекту EXPAND-ТБ (безвозмездная поставка лабораторного оборудования для HAIN-test в Актюбинский областной противотуберкулезный диспансер, гортубдиспансер г. Алматы и НЦПТ).
- В городском противотуберкулезном диспансере г. Алматы на средства гранта 6 Раунда Глобального Фонда создано отделение на 60 коек для лечения больных МЛУ-ТБ. Особенностью данного отделения является то, что это был первый опыт в стране, когда проектирование капитального ремонта с установкой вентиляционной системы проводилось компанией «Альтернатива Климат» из Российской Федерации, инженеры которой имели сертификат CDC. При этом были учтены современные требования инфекционного контроля, рекомендуемые ВОЗ, а также Санитарные правила РК.

Инфекционный контроль

- Укрепляется материально-техническая база ПТУ в соответствии с международными стандартами инфекционного контроля (ИК).
- В большинстве противотуберкулезных стационаров республики созданы условия для разделения больных по бактериологическому статусу. Приоритетом для лечения в условиях высокоспециализированных областных, городских и региональных противотуберкулезных диспансеров определены больные МЛУ-ТБ. В каждой области организованы специализированные отделения для указанных больных. Сейчас в республике действует 53 отделения на 3147 коек для адекватного лечения больных МЛУ-ТБ в соответствии с международными стандартами.
- Особый акцент делается на реструктуризацию ПТУ. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 10.03.2009г. №129 «Об усилении мер по предупреждению формирования резистентных форм туберкулеза в Республике Казахстан», начатая в стране реструктуризация ТБ коек стало важным шагом в сторону рационализации избыточной инфраструктуры ТБ стационаров, создав условия для адекватной сортировки и разобщения пациентов по эпидемиологическому статусу на госпитальном этапе. Масштабные мероприятия по реструктуризации положили начало организации и созданию во всех регионах страны межрайонных противотуберкулезных больниц для принудительного лечения, позволяющих адекватно сортировать и разобщать больных ТБ по результатам мазка мокроты (отдельно МБТ (+) от МБТ (-) больных) и спектра лекарственной чувствительности (отдельно больные ТБ с сохраненной чувствительностью от МЛУ ТБ).
- На сегодняшний момент существует 17 отделений для принудительного лечения на 685 коек. В 2011 году в данных отделениях пролечены 1051 (4,1%) больной от 25611 активного контингента, в 2012 году – 846 (3,5%) от 24265 контингента. Среди больных, пролеченных в принудительных стационарах, преобладали больные, получающие лечение по МЛУ ТБ:

627(59,7%) в 2011 году и 466(55,1%). По итогам 9 месяцев 2013 г. в данных отделениях пролечено 573 (2,3%) больных от 24971 активного контингента.

- Принудительное лечение осуществляется на основании Кодекса от 18.09.2009 года № 193-IV ЗРК Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Согласно статье 107, п. 3 решение о принудительном лечении граждан, больных заразной формой туберкулеза и уклоняющихся от лечения, принимается судом по представлению органов (организаций) здравоохранения при наличии отказа больного от лечения, зафиксированного в медицинской документации. Для определения пациента на принудительное лечение в Суд направляются медицинские документы только по решению центрально-врачебной консультативной комиссии (ЦВКК) больных, неоднократно нарушавших предписанный режим лечения и по отношению которых оказались недейственными все методы привлечения их к контролируемому лечению. Это направлено на защиту прав всего общества, в первую очередь, близких и родных самого больного, уклоняющегося от лечения, чтобы они не заражались устойчивыми формами ТБ. Принудительное лечение финансируется исключительно за счет финансовых средств страны.
- Проводимая реструктуризация коечного фонда ПТУ в стране направлена на профилактику нозокомиального распространения ТБ. Реструктуризация позволила сократить маломощные и неэффективные стационары и создать систему ИК. В настоящее время меры ИК усиливаются в стационарах на всех уровнях, включая пенитенциарную систему.
- За период реализации Госпрограммы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг., с целью усиления ИК, в ПТУ приточно-вытяжная вентиляционная система устанавливается в зонах «высокого риска». ПТУ страны достаточно обеспечены индивидуальными средствами высокой степени защиты. Реализуются основные требования ИК в ПТУ на всех уровнях.
- В рамках Госпрограммы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г., установлена приточно-вытяжная вентиляционная система в 5 бактериологических лабораториях областных противотуберкулезных диспансеров, включая бактериологическую лабораторию Карагандинской УИС, соответствующая требованиям ИК, что позволит повысить эффективность работы лабораторий и снизить заболеваемость персонала ТБ.
- Проведен капитальный ремонт клинической базы НЦПТ с установкой приточно-вытяжной вентиляционной системы.

Амбулаторное и стационаро-замещающее лечение больных ТБ и МЛУ-ТБ. Интеграция с системой ПМСП.

- В 2012г. в соответствии с рекомендациями миссии ВОЗ и НЦПТ при поддержке проекта USAID TB CARE I по расширению амбулаторного лечения и системы психо-социальной поддержки больных ТБ и МЛУ-ТБ в Акмолинской области внедряется пилотный проект стационаро-замещающей технологии: организация дневного стационара и стационара на дому.
- Реализуется утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015годы», которая предусматривает усиление интеграции противотуберкулезной службы с сетью ПМСП.
- Усилены мероприятия на уровне ПМСП по раннему выявлению и диагностике ТБ, а также контролируемому лечению больных ТБ.

Психосоциальная поддержка больных ТБ

- Практика оказания социальной помощи и выплаты поощрительного вознаграждения больным осуществляется во всех регионах. Акиматами областей ежегодно положительно решается вопрос оказания социальной поддержки больным ТБ на амбулаторном этапе лечения. Сумма, выделенная на эти цели, в 2012г., составила \$ 2 224,0 тыс., против суммы \$ 1 707,5 тыс., выделенной в 2011г.
- Созданы и работают «Школы пациента» в Алматинской, Южно-Казахстанской, Костанайской и Карагандинской областях и в г. Алматы.

Оказание помощи больным ТБ в пенитенциарных учреждениях

- Пенитенциарная система Казахстана находится в ведении Министерства внутренних дел РК.
- Служба ведомственного здравоохранения представлена на национальном уровне отделом медицинского обеспечения, на областном уровне - группой медицинского обеспечения (15) и на учрежденческом уровне - медицинскими частями, больницами и здравпунктами (94).
- Специализированная противотуберкулезная помощь оказывается 7 региональными ПТУ пенитенциарной системы страны с общим числом стационарных коек 1840. Укомплектованность фтизиатрами в гражданском секторе и врачами медицинской службы пенитенциарной системы составляет 94,2% и 75,8% соответственно.

Мониторинг и оценка контроля ТБ

- Для решения проблем ТБ и М/ШЛУ-ТБ в стране успешно выполняются мероприятия эпидемиологического мониторинга, основанные на принципах стратегии Stop-ТБ.
- Созданы группы мониторинга и оценки (МиО) на национальном и областном уровнях с внедрением системы МиО противотуберкулезных мероприятий на индикаторной основе. Ежегодно согласно приказу МЗ РК в стране осуществляется МиО проводимых противотуберкулезных мероприятий в регионах на индикаторной основе с участием специалистов министерств здравоохранения, внутренних дел и республиканских подведомственных структур.
- В стране произведена модернизация информационной компьютерной программы - перевод Национального Регистра больных ТБ в режим on-line.

Обучение медицинских работников

- В рамках Программы регулярно проводится обучение медицинских работников ПТУ, ПМСП, ДГСЭН, КУИС МВД РК, РЦ СПИД по вопросам менеджмента МЛУ-ТБ, ИК, ТБ/ВИЧ, мониторинга и оценки, совершенствования системы учета и регистрации больных. Только за последние 2 года охвачено обучением более 18 тыс. специалистов. На базе НЦПТ обучение проводится с использованием разработанных модулей. Практикуются также и выездные циклы по фтизиатрии.
- Для улучшения контроля ТБ в стране также реализуются гранты, предоставляемые международными донорами - Глобальным Фондом, Немецким банком развития (KfW), USAID, KNCV, проектом EXPAND-ТБ. В рамках данных грантов предусмотрено обучение медицинских работников противотуберкулезной службы, ПМСП и учреждений

пенитенциарной системы, оснащение лабораторным оборудованием ПТУ областей, а также социальная поддержка больных ТБ и медицинских работников.

- Эффективность мероприятий по выявлению и непосредственному контролю за лечением больных ТБ медицинскими работниками на поддерживающей фазе напрямую зависит от обучения медицинских работников сети ПМСП, ДГСЭН и ведомственных организаций стратегии Stop TB (включая DOTS и ИК). С этой целью только в 2012 г. было охвачено обучением более 15 тыс. специалистов ПМСП, ДГСЭН, УИС и ПТУ по выявлению, диагностике, лечению и менеджменту МЛУ-ТБ, ТБ/ВИЧ и ИК, благодаря финансовой поддержке ГФ, 6 и 8 Раундов.
- Создан Центр интегрированного обучения, где проводятся циклы усовершенствования по фтизиатрии, а также обучение каскадным методом специалистов ПМСП, ПТУ, ДГСЭН и УИС.

Разработаны и утверждены следующие документы по контролю ТБ:

- Руководство по контролю за ТБ в Республике Казахстан.
- Руководство по менеджменту МЛУ-ТБ в Республике Казахстан.
- Методические рекомендации «Роль сети ПМСП в контроле над туберкулезом».
- Методические рекомендации по МиО противотуберкулезных мероприятий в Республике Казахстан.
- Инструкция по расчету потребности в ПТП (прогнозирование числа больных, расчет потребности в ПТП и составление окончательной заявки на закуп ПТП для лечения больных М/ШЛУ-ТБ.

На этапе утверждения разработанные:

- Руководство по ИК.
- Национальная Стратегия по адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (АКСМ), разработанная в 2012 г..

Реализуются:

- Совместный План мероприятий МЗ РК и МВД РК по взятию на диспансерный учет, лечению и наблюдению больных активным ТБ с незавершенным курсом лечения, освобождающихся из учреждений УИС МВД РК;
- Комплексный План мероприятий МЗ РК и МВД РК по профилактике, диагностике и лечению ТБ и ВИЧ- инфекции в учреждениях УИС МВД РК на 2012- 2015 годы.

В рамках миссии ВОЗ в период с 10 по 18 мая 2012г. была проведена внешняя оценка реализации противотуберкулезных мероприятий в Казахстане. В целом, качество реализуемой Национальной противотуберкулезной Программы в Казахстане оценено положительно. Заметный прогресс отмечается во всех аспектах профилактики и контроля ТБ (диагностика и лечение ТБ и МЛУ-ТБ, ИК, диспансерное наблюдение, МиО).

Основные проблемы НТП и пути их решения

Своевременное выявление и диагностика ТБ и М/ШЛУ-ТБ

В настоящее время ТБ преимущественно выявляется рентгенологическим методом, что, свою очередь, не исключает ошибок в постановке диагноза и гипердиагностику. Из года в год остаются низкими результаты бактериологической диагностики ТБ. Так, в 2012 г. только у 42,7% новых случаев и 67,3% повторных случаев ТБ был подтвержден бактериологически (любым методом). Длительность постановки диагноза МЛУ ТБ на районном и межрайонном уровнях связано с рядом факторов: отсутствие быстрых методов диагностики, трудностями транспортировки мокроты в бактериологическую лабораторию ОПТД (из-за недостаточности транспортных средств и большого расстояния, а также плохими условиями хранения и транспортировки материала), своевременности получения результатов исследования. Также отмечаются перебои в обеспечении реактивами и расходными материалами на ВАСТЕС-MGIT-960 и HAIN-test. Своевременная диагностика ТБ осложняется также ограниченным доступом лиц с подозрением на ТБ к экспресс-методам диагностики (G-Xpert), особенно на уровне районов и ПМСП.

Стационарное и амбулаторное лечение больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ

Несмотря на сравнительно небольшое число больных ТБ с бактериовыделением среди зарегистрированных случаев (11203 новых и повторных случаев в 2012 г.) в стране функционируют 12063 стационарных коек, т.е. на каждого больного с бактериовыделением имеется более 1 койки. В связи с этим, независимо от бактериовыделения, больные ТБ длительно получают лечение в стационарных условиях. При этом, следует отметить, что за последние 3 года коечный фонд в ПТУ страны снижен на 17,8% (на 2607 коек), однако финансовые средства, сэкономленные от закрытия коек, в виду отсутствия механизма передачи средств на укрепление амбулаторного этапа лечения были сокращены автоматически. Длительное нахождение больных в стационарах связано отчасти с низким качеством амбулаторного лечения, где не предусмотрено бесплатное обеспечение методами диагностики побочных реакций противотуберкулезных препаратов (далее ПТП) и их купирование, а также психосоциальная поддержка для повышения приверженности больных к лечению. В свою очередь, врачи ПМСП в силу своей загруженности и недостаточной подготовленности по вопросам ТБ и МЛУ ТБ не имеют возможности для оказания надлежащей помощи больным ТБ, получающим амбулаторное лечение. На сегодня в сети ПМСП лечением больных ТБ практически занят только средний медицинский персонал, ответственный за контролируемое лечение (далее КЛ).

Дети - учащиеся, больные ТБ также длительно находятся в стационарах, что, в первую очередь, связано с отсутствием возможности их обучения в амбулаторных условиях.

Проблемы амбулаторного этапа лечения связаны прежде всего с недостаточностью финансирования. Существующая система финансирования противотуберкулезной помощи в стране основана на выполнении стационарного койко-дня, а не всего курса лечения больного ТБ. Так, 50,4% финансовых средств (в Мангистауской области до 66,9% и в Карагандинской области – до 59,3%), выделенных в стране на лечение 1 больного МЛУ ТБ, расходуются на стационарный этап лечения. При этом финансовые средства на амбулаторном этапе покрывают только содержание и коммунальные услуги кабинетов КЛ и заработную плату медперсонала.

МЛУ/ШЛУ-ТБ

В стране в 2012г. уровень первичной МЛУ-ТБ по республике составлял 20,8%, вторичной - 53,6%. На диспансерном учете состоит 10575 больных МЛУ-ТБ. Одной из главных причин распространенности МЛУ ТБ в стране является недостаточное соблюдение мер инфекционного контроля (ИК) в ТБ стационарах регионального и районного уровней, где больные с впервые выявленным ТБ и рецидивами заболевания с сохраненной чувствительностью к ПТП и лица с возможным ЛУ ТБ до получения результатов теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ) находятся вместе. На получение результатов ТЛЧ у каждого больного, получающего лечение в районных и межрайонных ТБ стационарах, в среднем уходит 2-3 месяца. Только после лабораторного подтверждения МЛУ ТБ больной переводится по решению центральной врачебной квалификационной комиссии (ЦВКК) по МЛУ ТБ в специализированный стационар. Само собой разумеется, что за этот период происходит нозокомиальная трансмиссия МЛУ ТБ.

Напряженность эпидемиологической ситуации по ТБ в стране также поддерживается за счет наличия «резервуара» больных, так называемым хроническим ТБ с постоянным бактериовыделением, доля которых от контингента, состоящих на диспансерном учете, составляет 3,3% по стране. Так, в настоящее время на диспансерном учете состоят 563 больных с хроническим неизлечимым ТБ, не получающих ПТП, а 598 больных имеют лабораторно подтвержденный диагноз ШЛУ ТБ. В результате репрофилирования противотуберкулезных коек в стране открыты 20 отделений, в основном межрайонного статуса на 690 коек для изоляции и симптоматического лечения вышеперечисленных больных. Но, они абсолютно не соответствуют требованиям ИК. В связи с неудовлетворительными условиями содержания в этих стационарах больные, подлежащие паллиативной помощи, категорически отказываются от госпитализации до развития у них тяжелых осложнений, продолжая распространять М/ШЛУ-ТБ. Персонал данных стационаров также не защищен от заражения ТБ, однако, не получает надбавок к заработной плате с учетом высокого риска заражения ТБ и М/ШЛУ ТБ и повышенной психо-эмоциональной нагрузки. Медицинский персонал не обучен оказанию паллиативной помощи данной категории больных. В стране не разработаны учебные материалы и руководства по паллиативной помощи больным ТБ и, поэтому, нет учебных курсов по данному разделу.

Наряду с увеличением охвата больных МЛУ ТБ лечением ПТП второго ряда возникают проблемы, связанные с их приверженностью к КЛ. В стране отсутствуют единые программы социального мотивирования больных ТБ и медицинских работников к лечению ТБ в амбулаторных условиях. Оказываемая социальная помощь носит преимущественно разовый характер, а ее кратность и объем в различных областях широко варьирует (Алматинская область и г.Астана – еженедельно, Костанайская и Павлодарская области и г. Алматы – ежемесячно, Акмолинская, Актюбинская, Западно-Казахстанская, Карагандинская и Северо-Казахстанская области – ежеквартально; а Жамбылская и Южно-Казахстанская области – 1 раз в год). Не разработан также единый механизм оказания социальной помощи больным ТБ, а объем выделенных денежных средств на социальную помощь в различных областях крайне вариабелен. Так в 2012 г. в г. Астане выделено более 59 млн. тенге, а в Атырауской и Кызылординской областях из местного бюджета средства вообще не выделены.

Лекарственный менеджмент

Арсенал ПТП в стране нуждается в его расширении. Отмечаются и другие проблемы лекарственного менеджмента в виде не выполнения положений Постановления Правительства РК от 5 декабря 2011 года №1460 «Об утверждении Правил отнесения лекарственных средств к рецептурному или безрецептурному отпуску» и наличия широкого доступа к ПТП в аптечной сети и безрецептурного отпуска антибактериальных средств. Нет нормативных документов, регламентирующих передачу и перераспределение ПТП между различными ведомствами и регионами. Отсутствуют освобожденные лекарственные координаторы во всех регионах и специалисты по вводу данных в аптечный компонент Национального регистра базы туберкулеза. На районном уровне аптечных складов ПТО доступ к интернету ограничен. Следует отметить также, что ПТП второго ряда, закупаемые из республиканского бюджета, не входят в преквалифицированный список ВОЗ.

ТБ в пенитенциарной системе

К проблемам в пенитенциарной системе (ПС) относится прежде всего слабое внедрение мер ИК контроля в учреждениях, осуществляющих лечение больных ТБ, и полное его отсутствие при этапировании на следственные мероприятия и в места отбывания наказания и лечения. Поэтому, учреждения для содержания и лечения больных ТБ в ПС срочно нуждаются в реконструкции с учетом современных мер ИК. Кроме того, в связи с отсутствием специализированных стационаров или боксов больные с неизлечимыми хроническими формами ТБ, не получающие ПТП содержатся в противотуберкулезных колониях вместе с другими больными.

Кадровые ресурсы

Несмотря на наличие плановых мероприятий по мониторингу и оценке (МиО) в стране нет утвержденных групп по МиО на национальном и областных уровнях. Существующие штатов организационно-методических отделов ПТУ катастрофически не хватает для проведения эпидемиологического надзора и статистического анализа качества оказания противотуберкулезной помощи. Все мероприятия по МиО в стране на сегодняшний день преимущественно финансируются за счет ГФ. В связи с внедрением ускоренных инновационных методов диагностики ТБ и М/ШЛУ ТБ необходимо увеличение штатов и бактериологических лабораторий

Социальные детерминанты

На эпидемиологическую ситуацию по ТБ негативно влияют миграционные процессы в стране, а также постоянное увеличение числа лиц из групп высокого риска, к которым относятся больные с ТБ/ВИЧ, ПИН, страдающие алкоголизмом, внутренние и внешние мигранты, заключенные и освободившиеся из мест лишения свободы.

Доступ внешних мигрантов к качественной противотуберкулезной помощи ограничен. Для внутренних мигрантов в случае отсутствия у них определенного жилья и документов, удостоверяющих личность, оказываются препятствия со стороны медицинских организации по своевременной регистрации и назначении эффективного лечения. Больным ТБ из групп высокого риска (ТБ/ВИЧ, алкоголики, наркоманы, малообеспеченные, лица БОМЖ, заключенные и лица, освободившиеся из мест заключения) психосоциальная поддержка

практически не оказывается.

Несмотря на высокий охват тестированием на ВИЧ больных ТБ, отмечаются проблемы выявления ТБ у ЛЖВ. На уровне ПМСП и СПИД-центров недостаточно выполняются принципы интенсивного выявления туберкулеза. Также низкими остаются показатели охвата ЛЖВ профилактикой изониазидом и больных ТБ/ВИЧ антиретровирусной терапией. При этом профилактика изониазидом и лечение АРВТ проводятся неконтролируемо. В связи с отсутствием учебных курсов для врачей ПТО, ПМСП и СПИД-Центров по ведению и лечению ко-инфекцией ТБ/ВИЧ в стране нет подготовленных специалистов в этой области.

Предлагаемые пути решения вышеперечисленных проблем:

1. Совершенствование нормативно-правовых актов (НПА) для первичной медицинской помощи и противотуберкулезной службы РК в связи с пересмотром существующей модели предоставления услуг для ТБ больных: а) внесение дополнения в приказ МЗ РК от 07.04.2010 г. № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» - об освобожденных группах МиО, штатных единиц, ответственных за ведение больных ТБ на национальном, областном и районном уровне и ответственных за лекарственный менеджмент, расширения штатного расписания бактериологической службы и пересмотр штатного расписания отделений для лечения М/ШЛУ ТБ и паллиативной помощи. б) включение ограниченного списка лекарственных средств по профилактике и купированию побочного действия ПТП в Приказ МЗ РК от 4 ноября 2011 года №786 "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специализированными лечебными продуктами", в) оказание психосоциальной помощи больным ТБ на всех этапах лечения, включая группы высокого риска, г) разработка совместно с Министерством образования и науки механизма обучения детей, больных ТБ на период их лечения. внесение изменений и дополнений в НПА по лекарственному менеджменту.
2. Реформирование противотуберкулезной службы Казахстана, включая пенитенциарную систему: сокращение малоэффективных и маломощных и укрепление крупных, эффективных, многопрофильных стационаров для лечения ТБ и М/ШЛУ ТБ.
3. Разработка положений о стационарах паллиативной помощи и клинического руководства по оказанию паллиативной помощи. Подготовка медицинского персонала, работающего в этих стационарах.
4. Расширение амбулаторного этапа лечения больных ТБ на уровне ПМСП: обучение врачей ПМСП по лечению и ведению больных ТБ, проведения мониторинга качества амбулаторного лечения, введение дифференцированной оплаты медицинским работникам ПМСП с учетом объема и качества выполненных работ.
5. Расширение доступа к G-Хpert лиц с подозрением на туберкулез и МЛУ-ТБ, включая пенитенциарную систему и мигрантов. Обеспечение G-Хpert районных и межрайонных ПТД для улучшения своевременной диагностики МЛУ-ТБ Бесперебойное обеспечение реактивами и расходными материалами для всех методов бактериологической и

молекулярно-генетической диагностики ТБ и М/ШЛУ ТБ за счет местного бюджета, включая потребности пенитенциарной системы.

6. Совместно с Министерством труда и социальной защиты населения разработать и утвердить критерии и механизмы оказания социальной помощи больным туберкулезом.
7. Разработать Руководства по лекарственному обеспечению больных туберкулезом, усиления государственного мониторинга и контроля за отпуском (продажами) ПТП и других антибактериальных препаратов через розничную аптечную сеть, обеспечения безлимитного доступа к Интернету на всех аптечных складах ПТУ.
8. Обучение координаторов МиО, врачей-инфекционистов Центров СПИД, врачей-наркологов, специалистов ПМСП по ведению и лечению пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ. Разработка методических рекомендаций по ведению пациентов с двойной инфекцией: ТБ/ВИЧ, М/ШЛУ-ТБ/ВИЧ.

Более подробный анализ существующих проблем НТП и путей их решения дан в главе 3.

ГЛАВА 3: МАСТЕР ПЛАН

БРЕМЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И МЕРЫ УСИЛЕНИЯ КОНТРОЛЯ ЗА ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

1. Базовая информация

Республика Казахстан (РК) является независимой республикой, расположенной в Центральной Азии, занимает 2.7 миллионов км², является самой большой из республик бывшего Советского Союза после Российской Федерации и занимает 9 место в мире по размеру. Географически Казахстан граничит с Российской Федерацией на севере, с Китаем - на востоке и Киргизией, Узбекистаном и Туркменистаном - на юге. Казахстан почти полностью окружен сушей и имеет два внутренних моря: Аральское и Каспийское. Местность страны простирается по степям и пустыням до высоких гор на северо-востоке, включая Тянь-Шань и Алтай³.

Подобно географическому разнообразию, страна также очень разнообразна этнически; примерно 16.8 миллионов человек, проживающих в стране в 2012 году, разделены на 130 этнических групп (национальностей), включая 57.2% казахов, 27.2% русских и 15.6% других этнических групп¹. Основными религиями являются ислам и русское православие. Официальными государственными языками являются казахский и русский. Город Астана с населением 709,000 жителей является столицей Казахстана с 1997 года; второй по величине город – это бывшая столица г. Алматы с населением 1,438,000, затем г. Шымкент (630,000) и г. Караганда (472,000). Страна разделена на 14 областей; все области и два независимых города Астана и Алматы, в свою очередь, подразделены на районы.

РК классифицируется Всемирным Банком как страна с уровнем дохода выше среднего, с ВВП на душу населения 11.950 USD в 2012г.⁴. После обретения независимости экономика страны столкнулась с сильным спадом в первой половине 90-х годов; самое сильное падение ВВП на 17.8% было зарегистрировано в 1994 году. ВВП в Казахстане значительно восстановился в 1999 году из-за быстрого развития энергетического сектора. В последующие годы показатели роста ВВП в Казахстане оставались высокими, около 10% ежегодно, и с ними страна входила в число стран с самым высоким ростом экономики в мире⁵.

Сельское хозяйство дает больше всего рабочих мест в стране; в этом секторе работает почти треть всего населения. Показатель бедности значительно снизился за последние годы, т.е. с 12.7% - в 2007 г. до 5.3% - в 2011г. По показателям бедности городские и сельские местности отличаются. Образование является общим и обязательным в стране; показатель грамотности взрослого населения составил 99.7% в 2009 году².

1.1. Распространенность, заболеваемость и смертность от ТБ

Казахстан классифицируется ВОЗ как страна с высоким приоритетом по ТБ и высоким бременем МЛУ-ТБ. После значительного повышения в конце 1990-х и начале 2000-х расчетная заболеваемость ТБ достигла своего пика в 2003 году, но в последующие годы имеет тенденцию к постоянному снижению.

В 2010 году примерно 3600 (2200-5800) ВИЧ-неинфицированных людей умерло от ТБ, 23 (14-

³Kazakhstan health system review. Vol 9, No 7, 2007. Available from

⁴<http://data.worldbank.org/country/kazakhstan>

⁵http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2006/september/tradoc_113406.pdf

36) на 100 000 населения.

Данные 2011 года показывают 2.200 смертей от ТБ, в переводе на показатель смертности 14/100.000; заболеваемость за тот же год составила 129/100.000 населения (таблица 1).

Таблица 1: Профиль эпидемиологии ТБ в Казахстане, 2011.

Оценки бремени ТБ	Число (тысяч)	Показатель (на 100 000)
Смертность	2.2 (2.0-2.5)	14 (12-15)
Распространенность	27 (11-51)	168 (66-316)
Заболеваемость	21 (18-24)	129 (109-151)
Показатель выявления случаев	87 (75-100) %	

Источник: ВОЗ <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html>

Результаты лечения варьируют в зависимости от категории ТБ пациента; он ниже среди ранее леченных ТБ пациентов (47%), немного выше среди новых случаев с положительным мазком мокроты (61%), 73% - у пациентов с МЛУ-ТБ и самый высокий процент (85%) среди новых случаев с отрицательным мазком мокроты и внелегочным ТБ (таблица 2).

Таблица 2: Результаты лечения больных ТБ (когорта 2010 года), Казахстан

Результат лечения 2010 год	Успешно вылечены (%)	Умерли (%)	Неудача (%)	Потеряны * (%)
Новые случаи с положительным мазком мокроты	61	3.2	6.7	2.4
Новые случаи с отрицательным мазком мокроты /внелегочные	85	1.4	2.5	1.7
Ранее леченные случаи	47	8.7	4.5	4.8
Когорта МЛУ-ТБ 2009 года	73	6.5	7.2	5.3

Источник: ВОЗ <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html>

Показатель выявления случаев в 2011 году составил 87%; тем не менее, показатели регистрации случаев различались по областям от 96.1 до 223.6 на 100 000 (Рисунок 1).

Рисунок 1. Зарегистрированные случаи ТБ (новые и повторно леченные) на 100 000 населения в областях Казахстана, 2011 год



1.2. М/ШЛУ-ТБ

Согласно ВОЗ Казахстан находится среди 15 стран с наиболее высоким бременем МЛУ-ТБ в Европейском Регионе ВОЗ: 5 500 – 6 800 всех случаев МЛУ-ТБ в 2010 году; рассчитано, что 14% всех зарегистрированных новых и 45% повторно леченных случаев являются МЛУ-ТБ (таблица 3).

Таблица 3. Бремя МЛУ-ТБ в Казахстане, 2011 год

Бремя МЛУ-ТБ	Число (тысяч)	%
Оценки среди зарегистрированных ТБ случаев:		
МЛУ-ТБ среди новых случаев	3.8 (3.6-3.9)	30 (29-32)
МЛУ-ТБ среди ранее леченных случаев	4.5 (4.3-4.6)	51 (50-53)
Зарегистрированные случаи МЛУ-ТБ на лечении	4.7	63

Источник: ВОЗ <http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html>

Согласно существующей страновой политике, ТЛЧ к ПТП 1 ряда обязателен для всех новых и повторно леченных случаев в стране; охват ТЛЧ в 2011 году составил 93.8% среди новых случаев с подтвержденной культурой и 93.6% повторно леченных с подтвержденной культурой (таблица 4). Последние отчеты показывают, что относительно общего числа случаев легочного ТБ охват ТЛЧ низкий, учитывая то, что только 42.7% новых случаев легочного ТБ и 58.6% повторно леченных случаев имеют положительные результаты культуры. Это связано с тем, что в стране проводится регулярный флюорографически скрининг, и диагноз ТБ основывается на рентгенологически выявленных изменениях в легких при отрицательных результатах микроскопии и культуральных исследований на МБТ. Ежегодным флюорографическим скринингом охвачены все учащиеся средних и высших учебных заведений, работники медицинских, дошкольных и школьных учреждений, военнослужащие, работники

общественного питания, сотрудники МВД, пенсионеры, группы риска (больные сахарным диабетом, заболеваниями легких, язвенной болезнью, гормонозависимые, ВИЧ-инфицированные, переболевшие ТБ и лица, страдающие алкоголизмом и наркоманией, а также любой человек, который обратился в ПМСП). Низкий процент роста культур также возможно связано с погрешностями в сборе и транспортировке мокроты из районов в бактериологические лаборатории ОПТД.

Новые методы диагностики, такие как одобренные ВОЗ **GenoType MTBDRplus(Hain)** и **Xpert MTB/RIF** в настоящее время начинают внедряться или находятся на стадии пилотных проектов, и пока их результаты по стране еще не проанализированы. Но, прогнозируется, что использование новых методов диагностики способствует к увеличению показателя выявленных больных МЛУ-ТБ.

Таблица 4. Охват культуральными исследованиями и ТЛЧ, МЛУ-ТБ среди выявленных и расчетных случаев в Казахстане, 2011 год

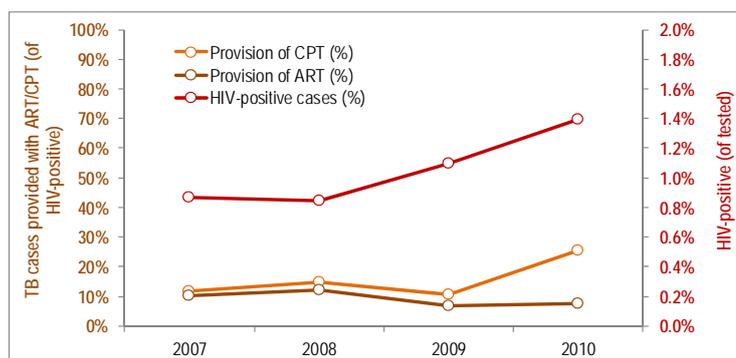
	New cases		Re-treatment cases		Total cases	
	N	%	N	%	N	%
PTB cases notified	12399	-	8304	-	20703	-
- with a culture result	11717	94.5%	7748	93.3%	19465	94.0%
- culture-positive	5293	42.7%	4862	58.6%	10155	49.1%
Culture-positive PTB cases with DST result available	4963	93.8%	4551	93.6%	9514	93.7%
MDR-TB cases detected among notified PTB cases	1453	11.7%	2286	27.5%	3739	18.1%
MDR-TB cases estimated among notified PTB cases	1700	14.0%	3700	45.0%	5400	26.1%

1.3. Ко-инфекция ТБ/ВИЧ

Ответные меры на ТБ/ВИЧ в Казахстане соответствует рекомендациям политики ВОЗ по ТБ/ВИЧ⁶, и охват тестированием на ВИЧ среди зарегистрированных ТБ случаев высокий (у 96% ТБ случаев по данным 2010 года статус ВИЧ определен). Показатель случаев ТБ/ВИЧ свидетельствует о тенденции к росту, но остается низким. Распространенность ВИЧ среди ТБ на 2010 год составила 333 (1.4%) случаев. Предоставление профилактической терапии котримаксазолом и антиретровирусной терапии в период 2007-2010 годы было нерегулярным для ВИЧ положительных пациентов (рисунок 2). Так, в 2010 году 85 (25,5%) ВИЧ-положительных ТБ случаев получили ПЛК и только 25(7,5%) - АРТ.

⁶Report of the 16th Core Group meeting Almaty, Kazakhstan, available from http://www.stoptb.org/wg/tb_hiv/assets/documents/Final%20Report16CG%20meeting.pdf

Рисунок 2: Пропорция ВИЧ-положительных случаев ТБ, предоставление ПТК и АРТ, 2007-2010



Кумулятивно на 01.01.2013г в РК было выявлено 3452 больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, из них 627 (18%) впервые выявленных в 2012 году.

В 2012 году, умерло от различных заболеваний 559 ЛЖВ, в 45,0% случаев причиной смертности был ТБ (251 ЛЖВ), при этом у 5,0% - ТБ диагностирован посмертно, 6,0% - прервали противотуберкулезное лечение по причине нарушения режима, 39,0% - принимали ПТП от нескольких дней до 3 месяцев, а 30,0% - более 3 месяцев. 37,0% (94 из 251) умерших находились на АРТ при этом прервали терапию 50 из 94 (53%) по причине низкой приверженности и отказа от АРТ.

При выявлении ТБ во всех противотуберкулезных учреждениях проводят консультирование и тестирование на ВИЧ инфекцию, и охват тестированием по республике достиг 98% всех зарегистрированных случаев ТБ. В дальнейшем, если больной ТБ продолжает наблюдаться в активной группе учета по ТБ, тестирование на ВИЧ проводится 1 раз в полгода.

Анализ выявления двойной инфекции при тестировании на ВИЧ из числа больных ТБ показывает, что число больных с коинфекцией увеличивается. Если в 2010 году среди всех случаев ТБ при тестировании на ВИЧ было выявлено 333 (1,4%) больных ТБ/ВИЧ, из них 145 (1,0%) среди новых случаев, то в 2012 году данный показатель составил уже 441 (2,1%) человек, а среди новых случаев ТБ - 256 (1,9%) (таблица 5).

Таблица 5. Количество выявленных больных ТБ/ВИЧ при тестировании на ВИЧ

годы	случаи	Число больных ТБ протестированных на ВИЧ	Число положительных результатов
2010	Все случаи ТБ	23852	333
	Новые случаи	15301	145
2011	Все случаи ТБ	22480	352
	Новые случаи	14248	179
2012	Все случаи ТБ	21184	441
	Новые случаи	13653	256

При анализе больных ТБ/ВИЧ в разрезе областей отмечен высокий удельный вес пациентов в

тех регионах, где высока распространенность ВИЧ-инфекции. Так в 2012 г. в Карагандинской области удельный вес больных ТБ/ВИЧ составил 22%, в г. Алматы - 18%, в областях Костанайской - 9%, Алматинской - 9,5%, Южно - Казахстанской – 9%, Павлодарской - 8%. В упомянутых регионах находятся пенитенциарные учреждения и развитая урбанизация.

В пенитенциарных учреждениях в 2012 году выявлены 159 больных ТБ/ВИЧ–(в 2011 году – 205). Из них охват АРТ в 2012 г. составил 55% (в 2011 году – 58,7%). По данным ОГЦСПИД охват профилактическим лечением изониазида в стране составил 90,3% (в 2011 году – 89,6%).

С целью улучшение общей координации между ТБ и ВИЧ/СПИД программами разработан проект нового Приказа «Об усилении мероприятий по контролю туберкулеза и ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан» и направлен на утверждение в МЗ РК 27.02.13г.

В регионах назначены ответственные специалисты по взаимодействию между службами по вопросам ТБ/ВИЧ на всех уровнях ПТО, в Республиканском центре СПИД (РЦ СПИД) и Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) Разработаны индикаторы МиО по ТБ/ВИЧ (в *проекте нового Приказа приложение 2,3,4*).

С целью улучшение менеджмента по ТБ/ВИЧ всем больным ТБ проводятся консультирование и тестирование на ВИЧ. С января месяца 2013г. ВИЧ-инфицированные лица включены в группу исследования на ТБ с использованием ускоренных методов диагностики (G-Xpert). На уровне сети первичной медико - санитарной помощи (ПМСП) по направлению СПИД центров ВИЧ-инфицированные лица ежегодно проходят флюорографический скрининг на ТБ, а при наличии кашля и/или других жалоб, подозрительных в отношении ТБ, специалисты центра СПИД направляют ЛЖВ в территориальные учреждения ПМСП для проведения диагностического алгоритма на ТБ. При взятии на учет ЛЖВ с отрицательным результатом скрининга на ТБ направляют к фтизиатру для назначения химиопрофилактики (ХП) изониазидом. На уровне ПМСП контакт ЛЖВ с больными ТБ исключен, так как больные ТБ, получающие лечение на уровне ПМСП не являются бактериовыделителями по мазку и посеву. Кабинеты ДОТ имеют отдельный вход и выход.

В республике на базе «Противотуберкулезный диспансер г. Темиртау» с 2011года были организованы 2 отделения для лечения впервые выявленных больных ТБ/ВИЧ: в первом отделении на 80 коек находятся пациенты с бактериовыделением по мазку, а во втором отделении на 60 коек - без бактериовыделения. В этих отделениях за 2011 и 2012 годы пролечились соответственно 546 и 550 больных, а больничная летальность составила соответственно 10,8% и 6,7%.

В 2012 г. среди всех выявленных больных ТБ/ВИЧ 53,7% (359) получали АРТ, и 67,3% (422) - профилактическое лечение котримаксозолом (ПЛК). Данное лечение назначается врачом-инфекционистом СПИД центра (в течение от 2 до 4 недель от начала противотуберкулезного лечения). Больным ТБ/ВИЧ ПЛК и АРТ проводятся без контрольно независимо от того, где больной получает противотуберкулезное лечение. Также не контролируется химиопрофилактика изониазидом. В виду распространенности МЛЮ ТБ в стране врачи не всегда верят в эффективность ХП изониазидом ХП изониазидом ЛЖВ назначается врачами-фтизиатрами территориальных ПТУ только после исключения активного ТБ по данным комплексного клинико-рентгенологического исследования. В дальнейшем ХП изониазидом

ЛЖВ проводится на уровне СПИД-центров в течение 6 месяцев (1 раз в жизни). Составление завки на изониазид для ХП и его закуп также проводится СПИД-центрами. Прием изониазида с целью ХП не контролируется, изониазид ЛЖВ выдаются на руки на несколько месяцев.

Следует отметить, что есть определенные трудности при дифференциальной диагностике ТБ у ЛЖВ на уровне ПМСП, в связи с недостаточностью доступа к быстрым методам диагностики ТБ. Больные ТБ/ВИЧ недостаточно охватываются антиретровирусной терапией из-за их низкой приверженности к АРТ в виду низкой информированности больных о эффективности АРТ и возможности развития побочных реакций. В связи с отсутствием подготовленных специалистов по ведению ко-инфекцией ТБ/ВИЧ среди фтизиатров побочные реакции АРТ купируются недостаточно и своевременно. На сегодняшний день отсутствуют стандарты оказания психосоциальной помощи больным с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ из уязвимых групп населения (потребители инъекционных наркотиков, без определенного места жительства и т.д.).

1.4. ТБ в тюрьмах

Организация и порядок медицинской помощи осужденным и находящимся под следствием, разработаны в соответствии со статьей 88, пункта 4 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее - Кодекс) и регламентирует её в соответствии с «Правилами оказания медицинской помощи гражданам, свобода которых ограничена, а также отбывающим наказание по приговору суда в местах лишения свободы, помещенным в специальные учреждения», утверждёнными Постановлением Правительства РК от 7 апреля 2012 года № 430. Все Приказы, касающиеся организации медицинской помощи осужденным и следственно-арестованным в обязательном порядке согласовываются с Министерством здравоохранения РК и основаны на рекомендациях ВОЗ.

В структуру уголовно-исполнительной системы Казахстана входят 76 исправительных учреждений (далее — ИУ), 18 следственных изоляторов (далее — СИ), 3 организации образования, 3 республиканских государственных предприятия («Енбек», «Енбек-Караганда», «Енбек-Оскемен»), 240 Уголовно-исполнительных инспекций (далее — УИИ). Сотрудничество МЗ и УИС основывается на совместном Приказе МВД РК № 117 и МЗ РК № 115 (февраль 2012г) «Об утверждении Правил организации противотуберкулезной помощи лицам, содержащимся в УИС МВД РК».

Общий коечный фонд пенитенциарного сектора составляет 4 298 коек, из которых 1 840 коек отведены для больных ТБ. По данным отдела медицинского обеспечения КУИС МВД РК количество развернутых стационарных фтизиатрических коек в противотуберкулезных учреждениях УИС МВД РК в Акмолинской области – 100, в Восточно-Казахстанской области – 180, Карагандинской – 960, Павлодарской – 150, Северо-Казахстанской - 150 и Южно-Казахстанской - 300 коек. В сеть учреждений здравоохранения пенитенциарной системы входят 13 больниц общего профиля, 1 психиатрическая больница, 7 туберкулезных больниц, которые считаются специализированными учреждениями. Кроме этого, в УИС имеются 74 медицинские части (МЧ), развернутые на базе исправительных учреждений и 17 медицинских пункта с фтизиатром, либо врачом общей практики, отвечающим за профилактику и ПМП соответствующим группам заключенных. При каждом ИУ, СИ и колонии-поселении развернуты МЧ. Согласно, Приказу Министерства Юстиции РК № 347 от 31.12.2010 года, согласованного с МЗ РК, все МЧ оснащены минимальным перечнем необходимого медицинского оборудования. 88,9% зданий медицинских частей пенитенциарных учреждений принято в эксплуатацию в прошлом веке. В связи с этим, основная часть МЧ и больниц, в

том числе и противотуберкулезных, расположена в приспособленных помещениях, что составляет 63,8% - 60, только 34 МЧ -36,2% имеют типовые постройки. Ни одна противотуберкулезная больница не соответствует международным стандартам и не обеспечена инженерными средствами ИК.

В начале 2000-х гг. Правительство Казахстана начало реформу УИС передав из юрисдикции Министерства Внутренних дел (МВД) в Министерство Юстиции (МЮ). В 2011 г. по Указу Президента Казахстана пенитенциарная система Казахстана была возвращена под юрисдикцию МВД РК, и в том же году около 11 000 заключенных были амнистированы в связи с 20-й годовщиной независимости Казахстана. Из амнистированных 200 (1,8%) составили больные ТБ, которые продолжили лечение в ПТО гражданского сектора. В течение последних лет реформа уголовного права и введение в законодательство альтернативных мер наказания позволили сократить количество заключенных в учреждениях УИС, что позволило Казахстану в 2012 году переместиться с 3 места на 30-е по численности тюремного населения.

Таблица 6. Число заключенных в Казахстане, 2003-2012гг.

2003г	2004г	2005г	2006г	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г	2012г
51788	49522	44234	42428	44556	49272	53802	52580	46629	42362

По данным Международного центра тюремных исследований число заключенных в Казахстане в 2012 г. составила 392, 8 на 100 тысяч, в 2010 г. - 321 на 100 тысяч, в 2011 г. – 318 на 100 тысяч. На 1 января 2013 года число заключенных в Казахстане составила 45335 - с изоляцией от общества и 14424 - без изоляции от общества. За последние десять лет отмечалось снижение заболеваемости ТБ в пенитенциарной системе, но в 2012 г. произошел подъем заболеваемости с 522.5 до 941.1 на 100 тыс. заключенных. Рост показателя заболеваемости возможно связано со снижением числа тюремного населения, о чем свидетельствуют данные таблицы №6 и улучшением доступа к диагностике ТБ и МЛУ ТБ, включая ускоренные методы диагностики.

Таблица 7. Заболеваемость ТБ на 100 тысяч заключенных в Казахстане, 2003-2012 г.г.

2003г	2004г	2005г	2006г	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г	2012
1936,7	1573,0	1391,0	771,3	750,5	767,6	643,9	672,8	522,5	942,1

Те же тенденции, наблюдаются и с показателем смертности. Значительный рост абсолютного числа умерших от ТБ в пенитенциарной системе в период с 2005 по 2010 год объясняется увеличением числа пациентов с ЛУ-ТБ, леченных только ППР. Только в 2010 году начато лечение ПВР, что позволило значительно уменьшить смертность заключенных от ТБ уже в 2010 году, по сравнению с предыдущим 2009 годом, когда этот показатель достиг критического уровня. Необходимо отметить, что при абсолютном снижении числа умерших от ТБ в 2012 году показатель смертности от ТБ на 100 тыс. заключенных значительно возрос, что объясняется уменьшением числа заключенных в стране (табл. 8.)

Таблица 8. Смертность от ТБ на 100 тыс. заключенных в Казахстане, 2003-2012 г.г.

2003г	2004г	2005г	2006г	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г	2012г
94,7	69,2	46,1	64,9	83,2	115,9	107,7	94,0	61,4	115,2

Таким образом, бесперебойное снабжение ПТП и внедрение контролируемого лечения позволили снизить заболеваемость ТБ и смертность от этого заболевания. Однако, широкое использование ПТП первого ряда для лечения больных с неизвестным статусом устойчивости микобактерий и недостаточное применение ПТП второго и третьего ряда привело к росту МЛУ-ТБ среди заключенных.

Другой причиной роста ЛУ-ТБ является ограниченный доступ заключенных к лабораторным методам быстрой диагностики ЛУ. Кроме этого, ситуацию усугубляют:

- позднее начало лечения больных с лабораторно-подтвержденным ЛУ-ТБ
- длительное содержание больных ЛУ-ТБ вместе с больными, выделяющими чувствительные МБТ и больными без бактериовыделения в одних и тех же учреждениях отсутствие мер ИК в колониях для содержания и лечения больных туберкулезом;
- отсутствие мер ИК при транспортировке заключенных

Кроме этого, на эпидемиологическую ситуацию по ТБ влияют низкая мотивация заключенных к сохранению здоровья и перерывы в лечении, наркомания, алкоголизм, ВИЧ-инфекция и другие сопутствующих заболевания, а также несоблюдение режима и неконтролируемый прием ПТП. Сравнительный уровень МЛУ-ТБ с 2003 по 2012 год приведен в таблице 9.

Таблица 9. Уровень МЛУ-ТБ в пенитенциарной системе (%), 2003-2012 г.г.

МЛУ-ТБ	2003г	2004г	2005г	2006г	2007г	2008г	2009г	2010г	2011г	2012г
Первичны	-	-	12,6	21,4	17,8	24,9	38,7	40,6	33,8	29,7
Вторичны	-	-	55,1	55,4	52,2	59,4	64,6	72	60,7	63,4

Приоритетным, в плане выявления ТБ в пенитенциарном секторе здравоохранения, попрежнему остается флюорографическое обследование, которое проводится всему содержащемуся контингенту 2 раза в год.

Лабораторная сеть пенитенциарной системы включает 41 микроскопическую лабораторию и одну бактериологическую лабораторию в УИС Карагандинской области. С 2008-2010 года микроскопические лаборатории УИС Павлодарской, Актюбинской и Жамбылской областей включены в обновленную систему внешней оценки качества (ВОК) с использованием слепого метода отбора мазков и панельного тестирования. По результатам ВОК бактериоскопия мокроты в пенитенциарной системе показала 90-95% совпадений. На 2012 год, лабораторные исследования в пенитенциарной системе, включают: бактериоскопию мокроты во всех областях, а культуральное исследование (посев), и ТЛЧ к ПТП 1 и 2 ряда на твердых и жидких средах и Хайн тест в Карагандинской области. Поэтому посев и ТЛЧ к ПТП 1 и 2 ряда в остальных областях осуществляется лабораториями гражданского сектора здравоохранения и регламентируется совместным Приказом МЗ РК и МВД РК от 27.02. 2012 г. № 115/117 «Правила организации противотуберкулезной помощи лицам, содержащимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан».

Анализ данных национальной референс лаборатории показал, что на практике вышеуказанный приказ выполняется лишь частично. В сочетании с ограниченным временем нахождения в следственных изоляторах и существующим закреплением за 7 учреждениями для содержания и лечения осужденных больных туберкулезом отдельных областей РК, приводит к невозможности разделить пациентов по бактериологическому статусу во время транспортировки и после поступления в противотуберкулезную колонию.

Кроме этого, отсутствует официальное положение о сотрудничестве пенитенциарной и гражданской службы в области лабораторной диагностики. В данный момент, несмотря на наличие вакантных ставок медицинского персонала в исправительных учреждениях КУИС (имеет место экономия фонда заработной платы), договорные обязательства между медицинскими учреждениями двух ведомств не заключаются, а специалисты лабораторной службы гражданского сектора не получают доплату за проводимые ими исследования. Кроме этого, не решён вопрос о включении лабораторий УИС в единую систему ВОК культуральных исследований и ТЛЧ. Наблюдается также ограниченный доступ заключенных к методам быстрой лабораторной диагностики (Хайн тест и GeneXpert MTB/RIF). Необходимостью установки GeneXpert MTB/RIF в следственных изоляторах (СИ) областей является: (1) СИ-пограничное учреждение между гражданским и пенитенциарным обществом; (2) короткий срок нахождения подсудимых в СИ; (3) СИ - учреждение из которого проводится распределение больных ТБ по другим пенитенциарным учреждениям области и страны; (4) СИ дислоцируется в городе; (5) лимит следственного изолятора может быть более 1000; (6) количество пенитенциарных учреждений в области может быть более трех; (7) в области имеется противотуберкулезное учреждение для содержания и лечения больных ТБ.

Надлежащее лечение ТБ организовано во всех следственных изоляторах. При необходимости лечения ТБ в колонии-поселении ответственность за регистрацию, противотуберкулезное лечение и лекарственное обеспечение ПТП несет администрация территориального противотуберкулезного учреждения гражданского сектора здравоохранения.

В УИС ПТП 1 ряда 100% обеспечиваются из республиканский бюджет (РБ), ПТП 2 ряда в 2010 году 100% за счет ГФ, в 2011-2013 годы 70% за счет ГФ, 30%- РБ%; с 2014 года -100% за счет РБ.

Анализ результатов лечения новых случаев ТБ с бактериовыделением среди заключенных показал низкую эффективность лечения - 53% (табл. 10).

Таблица 10. Результаты лечения новых случаев ТБ с бактериовыделением в пенитенциарной системе РК, 2003-2012 г.г. (%)

Исходы лечения	Год									
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Излечено	54.6	50	54.8	45.7	58.6	53.3	58	54.1	55.9	53
Лечение завершено	0	2	0	0	0.4	0.5	0	0	0	0
Отрыв	0.6	0	0.4	1.5	0.9	0.5	3.2	2.1	4.4	3.7
Умерли	0.8	1	0.6	0.9	1.4	4.9	3.2	2.1	4.6	3.3
Неудача лечения	18.5	25	26.5	26.4	22.3	22.5	19	22.3	24.1	25.1
Переведены	25.5	22	17	24.5	15.3	7.7	8	12.5	7.5	14.6

Учитывая бесперебойное снабжение ПТП 1 ряда такие результаты свидетельствуют о поздней диагностике ТБ и невыявленном МЛУ-ТБ, а также неконтролируемом лечении. Остается стабильным высокий процент неудач лечения, и увеличивается процент отрыва от лечения. Высокий уровень неблагоприятных исходов лечения (25,1% в 2012 году) может свидетельствовать о наличии М/ШЛУ-ТБ среди заключенных. Это требует изучения в рамках операционного исследования, результаты которого могут повлиять на изменение схем и организации лечения больных ТБ в пенитенциарной системе под непосредственным наблюдением.

Как уже было указано выше, существенным недостатком лечения больных ТБ в пенитенциарной системе является отсутствие мер ИК. Распространение инфекционных заболеваний в системе исправительных учреждений представляет серьезную угрозу как для тех, кто находится в местах лишения свободы, так и для общества в целом. Необходима срочная реконструкция учреждений пенитенциарной системы для содержания и лечения осужденных с учетом современных мер НК; своевременное начало лечения ПТП 2 ряда и выбор пенитенциарных учреждений для лечения больных МЛУ-ТБ.

Говоря о штатах учреждений УИС, следует отметить, что на протяжении ряда лет сохраняется неуккомплектованность медицинскими кадрами. По официальным данным КУИС МВД РК, в пенитенциарном секторе наблюдается нехватка медицинского персонала, главным образом, терапевтов и рентгенологов. Кроме того, в пенитенциарной системе нет штатных должностей медицинских психологов. В среднем, в учреждениях УИС обеспеченность врачами совместно с совместителями составляет - 73,3%, а среднего медперсонала – 96,6%; а без совместителей - 53,6% и 96,1% соответственно.

Опрос персонала показал следующие причины неуккомплектованности медицинским персоналом пенитенциарной системы: отдалённость учреждений от областных центров, отсутствие доплаты у врачей фтизиатров за вредные условия работы и сложности в работе с заключенными. Кроме этого, в обучение специалистов пенитенциарного сектора должны быть включены вопросы по современному выявлению, диагностики, лечению и менеджменту ТБ.

За последние годы бюджетное финансирование уголовно-исполнительной системы возросло в несколько раз. В соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 7 ноября 2009 года № 1781 «Об определении единого дистрибьютора по закупу и обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения» единым дистрибьютором по закупу и обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи определено Товарищество с ограниченной ответственностью «СК-Фармация». Соответственно учреждениями УИС, осуществляющими лечение больных туберкулезом, заключены договора с ТОО «СК-Фармация» на закуп противотуберкулезных препаратов первого ряда. Лечение МЛУ-ТБ ПТП 2 ряда основанном на рекомендациях ВОЗ, начато в гражданском секторе здравоохранения с 2001 года, а в пенитенциарном секторе с 2010 года. Закуп ПТП 2 ряда из средств республиканского бюджета для лечения больных МЛУ-ТБ пенитенциарной системы был осуществлен для 30 больных в 2010 году и 150 больных - в 2012 году. В 2013 году планируется закуп ПТП 2 ряда для 150 больных.

НТП РК является основным реципиентом средств 6 раунда (2007-2012 г.г.) и 8 раунда (2010-2014 г.г.) гранта Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. В рамках вышеуказанных грантов в стране были закуплены ПТП 2 и 3 ряда гарантированного качества для 510 больных МЛУ-ТБ г. Алматы (6 раунд) и 6310 больных М/ШЛУ-ТБ всей страны (8 раунд). По гранту 8 раунда ГФ осуществляется поставка ПТП 2 ряда для лечения больных МЛУ-ТБ в 7 противотуберкулезных учреждений пенитенциарной системы Казахстана (для 355 больных в 2010г, 200 – в 2011г., 470 – в 2012 г., 300 – в 2013г). Препараты для лечения ШЛУ-ТБ в пенитенциарной системе не выделяются ни из средств Глобального Фонда, ни из Республиканского бюджета. Это было связано с отсутствием диагностики и регистрации ШЛУ-ТБ в пенитенциарной системе. Запланированное включение ПТП 3 ряда для лечения ШЛУ-ТБ в УИС с 2015 года., так как закуп ПТП на 2014 год проведен в 3 квартале 2013г. Согласно совместному Приказу МВД РК №117 и МЗ РК № 115 (февраль 2012г.) «Об утверждении Правил организации противотуберкулезной помощи лицам, содержащимся в УИС МВД РК» лечение больных ШЛУ ТБ в УИС могут быть обеспечены за счет гражданского сектора по мере потребности.

1.5. ТБ у детей

В 1999 году, в период объявления эпидемии ТБ в Республике Казахстан и внедрения новой стратегии борьбы с ТБ, рекомендованной ВОЗ, был самый высокий показатель зарегистрированного ТБ среди детей, 57,6 на 100 000 детского населения. Благодаря надлежащим противотуберкулезным мероприятиям, в течение последних 5 лет регистрируемая заболеваемость ТБ у детей снизилась на 47,3%, и в 2012 году составила 13,7 на 100 000 детского населения, против 26,0 в 2008 году (рис. 3). Вместе с тем, по областям показатель заболеваемости колеблется в пределах 6,5 - 24,7 на 100 000 детей. В 2012 году отмечен рост заболеваемости ТБ среди детей Северо-Казахстанской и Кызылординской областей, превысивший средний показатель по республике соответственно в 1,8 и 1,5 раза.

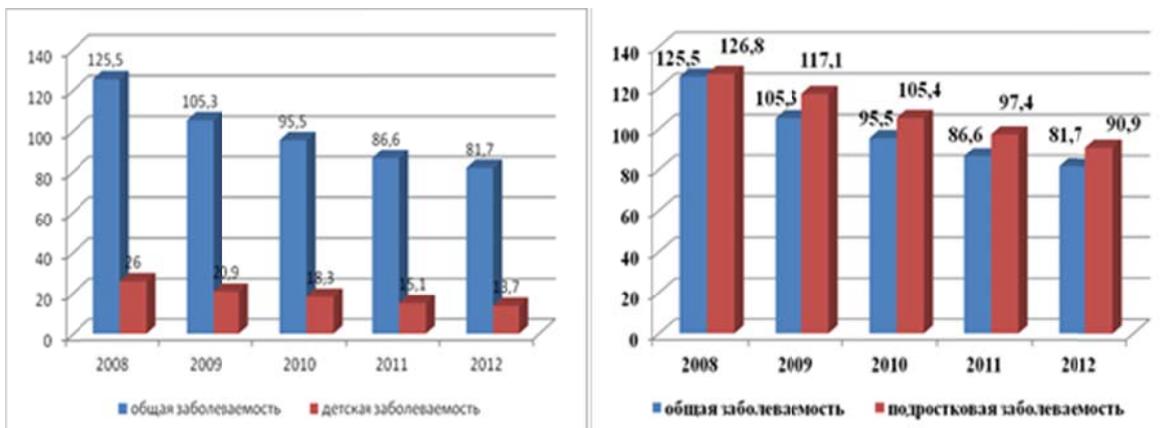
Среди всех ежегодно регистрируемых случаев ТБ удельный вес ТБ среди детей за последние 5 лет уменьшился с 5,0% до 4,2%, с ежегодным снижением показателя заболеваемости в среднем на 6,1%. Уменьшился также и удельный вес детей, выявленных с деструктивными ТБ изменениями в легких, с 18,6% в 2008 году до что составил 10,1% в 2012 году.

За период 2008-2012 г.г. было зарегистрировано 3710 новых случаев ТБ у детей, в том числе 12 с ТБ менингитом. Ежегодно регистрируемое число ТБ менингита уменьшилось с 5 в 2008 году до 2 в 2012 году.

Среди зарегистрированных в 2012 году 578 случаев ТБ у детей, детей в возрасте 0-4 лет было 218 (21,8%), что в два раза больше, чем частота ТБ у детей 5-7 лет:109 (18,6%). Среди зарегистрированных случаев ТБ у детей удельный вес легочного ТБ составил 45,8%, из которых подтвержденных бактериоскопическим методом было 8,7% и культурально – 32,8% (2012г.). Внелегочный ТБ был выявлен у 54,2%.

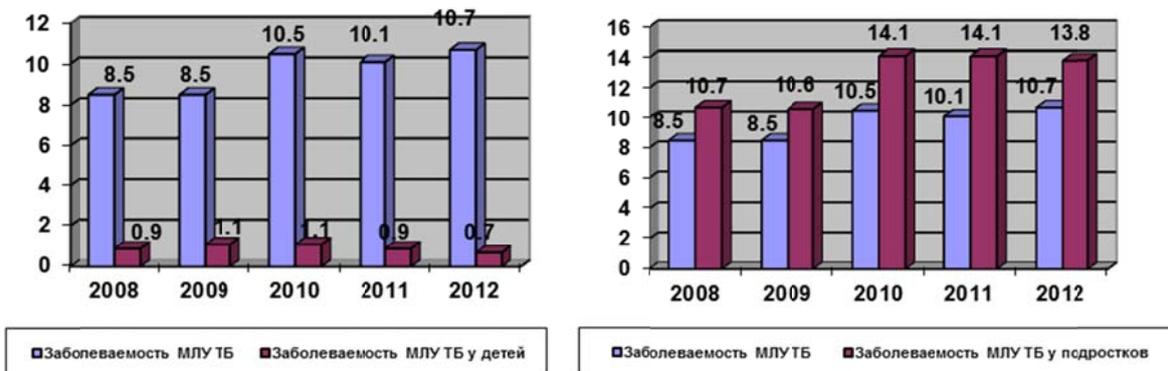
Заболеваемость ТБ среди подростков в 2012 г. уменьшилась на 27,7% по сравнению с 2008 годом и составила 90,0 на 100 000 (рис. 3).

Рис. 3. Показатели заболеваемости ТБ (на 100 000) у детей и подростков, 2008-2012 гг.



Основными причинами высокой заболеваемости ТБ в данной возрастной группе, является высокая общая заболеваемость ТБ, несвоевременное выявление и лечение больных ТБ с бацилловыделением и плохо проводимые противоэпидемические и профилактические мероприятия в очагах ТБ инфекции. Вместе с тем, при некотором уменьшении заболеваемости ТБ среди детей, заболеваемость МЛУ-ТБ с 2008 г. (0,2/100 000) по 2012 г. (0,7/100 000) выросла в 3,5 раза (рис. 4). В 2012 году зарегистрировано 29 новых случаев МЛУ-ТБ среди детей. В последние 5 лет доля детей среди всех зарегистрированных больных МЛУ-ТБ варьировала от 0,8% до 3,1%, и в 2012 году составила 1,6%. За последние 5 лет заболеваемость МЛУ-ТБ у подростков возросла на 29,0%, и в 2012 году составила 13,8 против 10,7 на 100 000 в 2008 году, хотя их удельный вес уменьшился за этот период с 6,5% до 5,8% к общему числу зарегистрированных случаев МЛУ-ТБ в стране.

Рис. 4. Показатель заболеваемости МЛУ-ТБ у детей и подростков, 2008-2012 г.г.



Профилактика туберкулеза среди детей осуществляется путем специфической иммунизации вакциной БЦЖ, а также химиопрофилактики контактных и ВИЧ-инфицированных, и лиц с латентной ТБ инфекцией. Вакцинация БЦЖ проводится дважды: в первые дни после рождения ребенка и повторно в возрасте 6-7 лет (учащиеся 1 класса) после массовой

туберкулинодиагностики, при отрицательном результате пробы Манту 2 ТЕ. В стране с 2005 г. используется вакцина БЦЖ производства Японии. Ежегодно вакцинацией БЦЖ охватываются более 97% новорожденных, а ревакцинацией БЦЖ - около 50% первоклассников. Однако, согласно рекомендациям ВОЗ вакцинации подлежат лишь новорожденные дети, а ревакцинация и массовая туберкулинодиагностика в любом возрасте не показаны. Частота осложнений вакцинации БЦЖ колеблется в пределах 0,01% - 0,02%, преимущественно в виде регионарных лимфаденитов (94,3%), из которых в среднем подверглись оперативному лечению 36,1% детей. Также при БЦЖ лимфаденитах, с целью ускорения заживления специфического воспаления, используется лечение противотуберкулезными препаратами первого ряда без включения пипразинамида. Количество используемых при этом препаратов определяется в зависимости от степени выраженности воспаления в лимфоузле, что тоже не соответствует рекомендациям ВОЗ.

Основной мерой профилактики ТБ среди детей является раннее выявление и эффективное лечение ТБ у взрослых. При обследовании контактных детей на момент выявления взрослого больного ТБ с бактериовыделением, показатель заболеваемости детей составил 198,5, а без бактериовыделения - 10,8 на 100 000 контактных.

Для выявления ТБ у детей учреждениями ПМСП проводится ежегодный скрининг с помощью туберкулиновой пробы Манту 2ТЕ среди групп риска. С помощью такого скрининга при котором ежегодно обследуется почти 50% детского населения, включая контактных с больным ТБ, в 2012 г. ТБ выявлен у 381(65,9%) из 578 выявленных случаев детского ТБ. Среди групп риска основная часть (66,6%) обследуемых туберкулиновой пробой – это дети из социально неблагополучных семей, среди которых отмечается самый высокий показатель заболеваемости - 135,9 на 100 000 обследованных пробой Манту 2 ТЕ.

С целью раннего выявления ТБ подростковое население Казахстана подвергается ежегодному массовому обследованию флюорографическим методом. Среди зарегистрированных случаев ТБ у подростков удельный вес выявленных профилактическим флюорографическим методом составил 76,4%.

В стране проводится также обследование и наблюдение контактных детей один раз в полгода, независимо от наличия бактериовыделения у больного взрослого в соответствии с Приказом МЗ РК №218 от 25 апреля 2011г. В 2012 году зарегистрировано 22 случая заболевания ТБ контактных детей, это 3,8% среди всех зарегистрированных случаев ТБ у детей. Удельный вес, выявленных по клинико-рентгенологическим проявлениям, составил 30,3% (175 случаев).

В стране диагностика ТБ и МЛУ-ТБ у детей и подростков осуществляется путем проведения стандартного диагностического минимума, включающего бактериоскопию и культуральное исследование на плотные и жидкие среды. Чувствительность МБТ определяется к ПТП 1 и 2 ряда, а также молекулярно-генетическими методами, включая G-Xpert MTB/Rif. Из 110 детей с подозрением на ТБ заболевание диагностировано у 33 (30%), в том числе с чувствительными микобактериями у 23 (20,9%), а устойчивых к рифампицину – у 9 (8,1%) методом G-Xpert MTB/Rif. При этом у 2 детей ТБ менингит был диагностирован с помощью исследования ликвора. С учетом высокого уровня МЛУ-ТБ в стране необходимо расширить показания для использования G-Xpert MTB/Rif у детей, включая детей из очагов МЛУ-ТБ.

С 2008 года Глобальным Лекарственным Фондом Казахстану выделяются ПТП 1 ряда с

детскими дозировками. Доступны также и ПТП 2 ряда для лечения детей с МЛУ-ТБ, приобретаемые из республиканского бюджета и за счет грантов Глобального Фонда. В республике развернуто 1020 стационарных коек для лечения ТБ у детей и подростков. Основная часть детей получает лечение в условиях стационара. Решение о ведении больных в амбулаторных условиях принимает консилиум специалистов НЦТП и областных центров, в зависимости от места выявления ТБ.

Основными показаниями для проведения лечения ТБ у детей и подростков в амбулаторных условиях являются:

- впервые выявленный ограниченный лекарственно-чувствительный ТБ без осложнений - поддерживающая фаза лечения при достижении конверсии мазка мокроты методом бактериоскопии и посева при лечении в стационаре;
- отсутствие деструктивных изменений в легких на фоне химиотерапии;
- благоприятные социальные и жилищно-бытовые условия в семье.

В когорте детей, больных ТБ, взятых на лечение ПТП 1 ряда в 2011 г., успешно вылечены 87,4%, неудача лечения - у 1,8%, умерло - 0,9%, переведены - 0,9%, нарушение режима - 0,2%, а 57 (8,7%) больных МЛУ-ТБ переведены в IV категорию для лечения ПТП 2 ряда. Дети переводились на лечение ПТП 2 ряда в процессе лечения ПТП 1 ряда после диагностирования МЛУ-ТБ, за исключением детей из очагов МЛУ-ТБ. Детям из очагов МЛУ-ТБ ПТП 2 ряда назначаются на основании данных ТЛЧ контактов.

В когорте больных IV категории 2010 г. терапевтический успех достигнут в 89% случаев, умерли - 5,5%, переведены - 4,4%.

Следовательно, при своевременном выявлении и правильном лечении ТБ у детей можно достигнуть достаточно высоких результатов лечения ТБ.

Оценка эффективности противотуберкулезной работы среди детей и подростков осуществляется при мониторинговых визитах на уровне областей и районов.

Основные достижения по контролю за ТБ у детей и подростков:

- В стране постепенно внедряются современные международные рекомендации по выявлению, диагностике, лечению и профилактике ТБ.
- Используются ПТП 1 ряда в детских дозировках, которые поступают по линии Глобальной Лекарственной Помощи (GDF), так как нет механизма закупа детских дозировок ПТП из РБ
- Доступны ПТП 2 и 3 ряда для лечения М/ШЛУ-ТБ из РБ.
- Проводится изучение эффективности «Диаскинтеста» в выявлении ТБ.
- Налажена система надзора за ТБ.
- Разрабатывается амбулаторная модель лечения ТБ у детей, основанная на результатах пилотного проекта в Акмолинской области.
- Разработан алгоритм мониторинга выявления, диагностики, лечения и профилактики ТБ у детей и подростков.

Основные проблемы по контролю за туберкулезом у детей:

- Неполный охват новорожденных вакцинацией БЦЖ в связи с отказами родителей.
- Не во всех областях доступна компьютерная томография для диагностики ТБ.
- Низкий процент бактериологического подтверждения туберкулеза у детей.
- Нет ПТП 1 ряда в детских дозировках, зарегистрированных в Республике и закупаемых из республиканского бюджета.
- Нет механизма организации обучения детей и подростков на амбулаторном этапе лечения.
- Фтизиопедиатры и педиатры ПМСП не обучены менеджменту МЛУ-ТБ.
- Нет специального национального руководства по ТБ и МЛУ-ТБ у детей и подростков.

1.6. ТБ среди мигрантов: разработка и внедрение высокоэффективных мероприятий контроля над ТБ, М/ШЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ у внутренних и внешних мигрантов

В последние годы миграционные процессы в республиках Центральной Азии (ЦАР) получили значительное распространение, связанное с быстрорастущей экономикой РК, что существенно повлияло на рост как внутренней так и внешней миграции. Проблема контроля над ТБ среди внутренних и внешних мигрантов существенно влияет на эпидемиологию ТБ и М/ШЛУ-ТБ. По самым приблизительным подсчетам внутренние и внешние мигранты составляют от 5 до 10% от всех новых случаев ТБ в различных странах.

Согласно отчету миссии ВОЗ 2012 года по оценке НТП, система предоставления лечения ТБ в Казахстане должна быть усовершенствована с тем, чтобы обеспечить решение основных вопросов контроля над ТБ, М/ШЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ среди внутренних и внешних трудовых мигрантов. В настоящее время доступ к диагностике и лечению ТБ для мигрантов ограничен, в том числе и в учреждениях противотуберкулезной службы. Существующие правовые и нормативные документы лимитируют возможность предоставления услуг мигрантам и не позволяют реализовывать одно из основных прав человека – права на здоровье.

Внутренние мигранты формально имеют право на получение услуг по диагностике и лечению ТБ, однако в реальности зачастую не могут воспользоваться этим из-за отсутствия регистрации в медицинском учреждении по месту временного проживания. Внешние и, в особенности, недокументированные внешние мигранты, согласно существующему законодательству имеют доступ к услугам здравоохранения только в случаях, когда необходима экстренная помощь.

Исследование, проведенное Проектом ХОУПⁱⁱ для изучения доступа мигрантов к услугам здравоохранения выявило следующие проблемы:

- наличие барьеров в области правовых норм (сложности с получением регистрации, боязнь депортации);
- неблагоприятные условия труда (повышенные нагрузки, несоблюдение гигиены труда, тяжелые условия проживания);
- в системе здравоохранения (ограничение доступа, отношение медицинских работников, языковой барьер, др).

Перечисленные проблемы способствуют росту трудноизлечимых форм М/ШЛУ-ТБ в стране. Кроме того, ситуация усугубляется ростом ВИЧ инфекции заболеваемости ТБ/ВИЧ при отсутствии инфекционного контроля. Мигранты, больные ТБ, не обращаются за медицинской помощью, а продолжают работать и находиться в обществе, либо возвращаются по месту

постоянного проживания без соблюдения каких-либо мер инфекционного контроля в процессе передвижения. В обоих случаях они представляют собой опасность как для узкого сообщества мигрантов, так и для населения в целом.

Основные мероприятия по данной задаче были разработаны в соответствии с Минимальным пакетом для трансграничного контроля и лечения ТБ в Европейском Регионе ВОЗ: Консенсусное заявление в Вольфхезе (2012), направленное на расширение доступа и улучшение качества лечения ТБ среди мигрантов, включая услуги по диагностике и лечению ТБ, М/ШЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ.

Планируемые вмешательства будут способствовать усилению основных положений НТП, заложенных в Комплексном плане по борьбе с ТБ в РК на 2014-2020 годы и включают в себя следующее:

- оценка бремени ТБ, ТБ/ВИЧ и М/ШЛУ-ТБ среди внутренних и внешних мигрантов;
- разработка руководства по контролю над ТБ и М/ШЛУ-ТБ среди мигрантов;
- разработка юридических и процессуальных соглашений для предоставления лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ мигрантам;
- использование инновационных подходов для своевременного выявления и лечения ТБ, ТБ/ВИЧ и М/ШЛУ-ТБ среди мигрантов с внедрением стационарозамещающих технологий;
- усиление мониторинга и оценки;
- адвокация, коммуникация и социальная мобилизация (АКСМ) при активном вовлечении гражданского общества;
- разработка механизмов финансирования диагностики и лечения ТБ среди мигрантов.

Проведение операционного исследования с целью получения достоверных данных для национальных и региональных стратегических решений и планирования НТП, областными властями, миграционной службой, пенитенциарной системой и другими партнерами является важным механизмом для оценки масштаба внутренней и внешней трудовой миграции в Казахстане и основных факторов, влияющих на доступ к услугам (юридических, экономических, социальных, медицинских и т.д.). В настоящее время имеются только оценочные данные основанные на расчете минимального и максимального числа мигрантов по данным разных источников, а также предположения о том, что показатели ТБ и МЛУ-ТБ среди мигрантов будут как минимум соответствовать показателям среди той же возрастной группы общего населения в стране происхождения мигранта.

Первоначальные мероприятия включают создание межсекторальной рабочей группы по ТБ и миграции, которая будет работать при поддержке национальных и внешних технических экспертов. Данная рабочая группа будет заниматься разработкой руководства по контролю над ТБ и М/ШЛУ-ТБ среди мигрантов на основе минимального пакета услуг, рекомендованного ВОЗ (Консенсусное заявление Вольфхезе). Особые аспекты, на которые следует обратить внимание рабочей группе и консультантам, будут включать четыре основных компонента: управление, предоставление услуг, мониторинг и эпиднадзор, поддерживающая среда.

Компонент управления объединяет в себе правовую основу, финансирование и разработку механизмов для передачи информации странам происхождения внешних мигрантов, а также улучшение системы менеджмента данных для внутренних мигрантов, больных ТБ. Планируется

разработка проекта создания медико-социального страхового фонда для диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ среди нелегальных мигрантов для представления в МЗ и оценка дополнительных финансовых потребностей по обеспечению ПТП для данной категории пациентов. На первоначальном этапе диагностика и лечение будут покрываться за счет медико-социального фонда, созданного на финансовые средства гранта Глобального Фонда, а в дальнейшем услуги будут предоставляться при покупке мигрантом специального полиса. Исследование среди мигрантов показало заинтересованность в приобретении страховки.

Предоставление услуг по диагностике и лечению ТБ будет осуществляться учреждениями противотуберкулезной службы и ПМСП с использованием по возможности стационарозамещающих технологий для снижения финансовой нагрузки на стационары и в соответствии с общим подходом к реформированию в сфере здравоохранения.

Обследование на ВИЧ будет проводиться как часть общестранового подхода к обязательному тестированию больных ТБ (см. предыдущую задачу). Целевое консультирование при обнаружении ВИЧ будет проводиться в медицинских учреждениях при поддержке НПО, имеющих достаточный опыт работы в этой области.

Для обеспечения эпиднадзора предусматривается разработка специфичных индикаторов и интеграция данных по миграции в стандартную систему по МиО ТБ.

Особое внимание будет уделено мероприятиям по АКСМ, направленным на мигрантов и соответствующие вовлеченные структуры общественного сектора. Они включают интеграцию компонента по мигрантам в национальную коммуникационную стратегию, разработку специальных информационных/образовательных материалов для мигрантов, информационные сессии для работодателей, работа со СМИ и проведение обучения для НПО (например, для реализации региональных проектов НПО, см. ниже) для представителей правоприменяющих инстанций, таких как полиция и миграционная служба.

Для продвижения регионального (межстранового) сотрудничества по ТБ среди мигрантов, в рамках проекта предусматривается проведение трех встреч высшего уровня. Встречи будут возглавляться Казахстаном и планируется участие официальных представителей Правительств всех ЦАР. Ожидается, что данные совещания запустят совместную работу по разработке юридических и процессуальных соглашений и улучшат взаимодействие между странами для обеспечения доступа к основным услугам, а также продвижения прав и ответственности мигрантов. При поддержке ВОЗ, МОМ и других международных партнеров данные совещания будут содействовать разработке регионального плана по контролю над ТБ в Центральной Азии, который будет включать механизмы по обмену информацией между странами, подготовку двухсторонних и многосторонних соглашений, стимулирование внутривосточного диалога по ТБ и миграции в соседних странах, усиление рабочих контактов между НТП и другие важные мероприятия.

Проект также поддержит вовлечение НПО в мероприятия по контролю над ТБ, МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ среди внутренних и внешних трудовых мигрантов. Предусматривается выделение грантов НПО, и планируется осуществлять такие проекты в регионах страны с высокой концентрацией трудовых мигрантов (Астана, Алматы и Алматинская, Южно-Казахстанская, Атырауская и Мангистауская области). Гранты будут направлены на реализацию инновационных подходов, способствующих своевременному выявлению ТБ, ТБ/ВИЧ и

М/ШЛУ-ТБ среди мигрантов и их эффективному лечению для снижения заболеваемости и смертности, предотвращению развития лекарственной устойчивости среди этой группы высокого риска и, в конечном итоге, среди основного населения страны. В частности ожидается, что проекты внесут вклад в: улучшение сотрудничества между службами здравоохранения и НПО; повышение эффективности проводимого лечения ТБ, в первую очередь в учреждениях ПМСП; предоставление комплексной поддержки пациента для обеспечения приверженности к лечению; мероприятия по АКСМ среди трудовых мигрантов, их работодателей и местных властей для снижения стигмы, повышения доступа к услугам и обеспечения соблюдения прав пациента и человека. Все мероприятия по контролю ТБ среди мигрантов будут осуществляться в тесном сотрудничестве с НЦПТ.

Проект ХОУП разрабатывал концептуальный подход в партнерстве с ВОЗ, Международной Организацией по Миграции (МОМ) и Международной Федерацией Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (МФОКК) и осуществляет программы по борьбе с ТБ во всех странах ЦАР. Проблема мигрантов неоднократно обсуждалась в каждой стране с руководителями национальных программ с точки зрения возможности осуществления мероприятий среди мигрантов в рамках текущих программ, если программа в Казахстане будет включать компонент по мигрантам. Все страны проявили интерес и имеется предварительная договоренность о совместной работе в этом направлении, подтвержденная письмами от руководителей национальных программ.

Средства Глобального Фонда, полученные по новому механизму финансирования будут использоваться только в Казахстане для предоставления услуг здравоохранения внутренним и внешним мигрантам, разработки нормативных документов, адвокационной и информационной деятельности. Преимущество лечения при возвращении мигранта в страну постоянного проживания будет обеспечиваться за счет текущих программ и бюджета ЦАР. Кроме того, с 2009 года МФОКК осуществляет программу по миграции в ЦАР в рамках которой работают 23 миграционных центра (8 в Казахстане, 4 в Кыргызстане, 7 в Таджикистане и 4 в Узбекистане), обеспечивающих правовую и социальную помощь мигрантам. Проект ХОУП планирует проводить работу с мигрантами в странах постоянного проживания совместно с МФОКК на уже имеющиеся там финансовые средства.

2. Управление/Руководство НТП

2.1. Разработка Стратегии и Политики

Правительство Казахстана осведомлено о размахе и росте проблемы ТБ на основании волнующих данных по эпидемиологии и с 1990 года подготовило много документов, направленных на улучшение ситуации. Следующие документы особенно важные:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 4 декабря 2001г. № 735 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года»
2. Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 15 мая 2007 года № 251-IIIЗРК
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года №1263«О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан»
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий.

5. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
6. Приказ МЗ РК от 16 ноября 2009 года № 722 «Об интеграции программ по туберкулезу и ВИЧ-инфекции».
7. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009г. №2135 «Об утверждении Правил обеспечения лекарственными средствами граждан»
8. Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года»
9. Приказ от 07.04.2010г. № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»
10. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы».
11. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 февраля 2011 года №183 «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы».
12. Приказ МЗ РК от 25.04.2011г. №218 «О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом»
13. Приказ МЗ РК № 786 от 4 ноября 2011 г. "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специальными лечебными продуктами».
14. Приказ МЗ РК от 02.12. 2011 г. № 867 "Об утверждении порядка учета и отпуска средств закупаемых из средств РБ на амбулаторном уровне в рамках ГОБМП».
15. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 апреля 2012 года № 246 «Об утверждении списка лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, подлежащих закупке у Единого дистрибьютора на 2013 год".

Министерство Здравоохранения также осведомлено о необходимости подготовки новых документов в соответствии с текущими изменениями в системе здравоохранения, которые также направлены на ТБ, нацеленные на рационализацию системы и более высокую эффективность путем снижения числа ТБ учреждений и коек, а также переориентации лечения ТБ на ПМСП, как это делается в других странах.

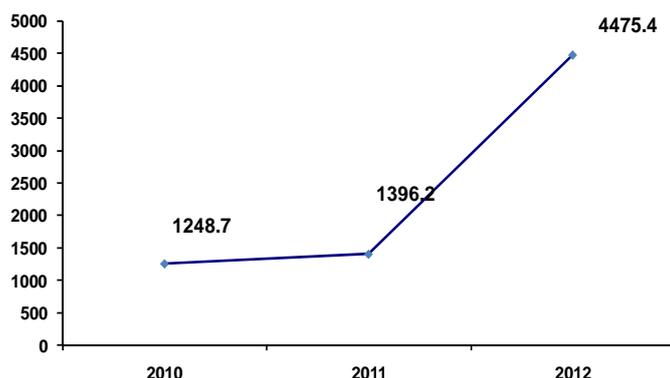
2.2. Выполнение Национальной программы по контролю над ТБ (НТП)

2.2.1. Национальный уровень

За профилактику и контроль над ТБ несет ответственность Правительство Казахстана, и имеется строгое обязательство на высшем уровне. Как указано в данных Всемирного Банка, Правительство Казахстана стремится попасть в 50 наиболее развитых стран мира к 2020 году и таким образом осознает, что бремя ТБ является одним из приоритетов для достижения этой цели, которое поддерживается постоянным увеличением финансирования ежегодно.

Бюджет НТП РК в 2009 году составил 22,1 млрд.тенге, в 2010 году- 26,4, в 2011году- 31,3 и в 2012 году – 34,6 млрд. тенге.

Финансирование ПТП из РБ (млн.тг) представлено в следующей диаграмме



Как видно из диаграммы ежегодно растет финансирование на закуп ПТП, если в 2010 году ПТП первого и второго ряда закупались на 1,2 млрд., то 2012 году - на 4,5 млрд. тенге.

Охват больных МЛУ ТБ ПВР из разных источников финансирования в течение последних 6 лет представлен в таблице 11.

Таблица 11. Охват больных МЛУ ТБ из средств РБ и ГФ, 2008-2013 г.г.

	2008 г.		2009г.		2010г.		2011г.		2012г.		2013г.	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Больные МЛУ-ТБ, получавшие ПВР из РБ	1482	93,1	3980	96,7	3078	55,9	3364	65,6	6238	78,9	7299	85,4
Больные МЛУ-ТБ, получавшие ПВР из ГФ	110	6,9	135	3,3	2430	44,1	1765	34,4	1670	21,1	1250	14,6
Всего	1592	27,5	4115	49,4	5508	66,1	5129	77,2	7908	86,9	8549	98,0

Имеется строгое обязательство по увеличению данного финансирования в дополнение к планам по выполнению обязательств, которые в настоящее время финансируются ГФСТМ, таких как обучение специалистов, социальная поддержка больных и лечение дома (Программа Спутник). Казахстан является получателем финансирования Р10 ГФСТМ с хорошо функционирующим СКК, с функциональной ролью наблюдения и мониторинга программы и бюджета. Тем не менее, у СКК нет полного видения национального бюджета и источников финансирования в бюджете МЗ, и имеется необходимость в усиленной координации среди заинтересованных лиц и властей на местном/региональном уровне.

2.2.2. Областной уровень

Каждый областной уровень в Казахстане разработал стратегические планы по развитию здравоохранения на период 2011-2015 годы и далее до 2020 года, где одним из приоритетов является контроль над ТБ. Признается высокое бремя М/ШЛУ ТБ, и руководство большинства областей (Акиматы) имеют специальные программы поддержки для улучшения менеджмента М/ШЛУ ТБ. Особое внимание уделяется созданию человеческих возможностей, мотивации персонала, работающего с пациентами с МЛУ ТБ и обеспечению приверженности к лечению ТБ, особенно во время амбулаторного лечения. Медицинский персонал стационаров для лечения М/ШЛУ ТБ получают 220% от базового должностного оклада (БДО) - 38933 тенге,

медперсонал других противотуберкулезных учреждений – 190% от БДО -33624 тенге. Для привлечения молодых специалистов в ПТУ районных уровней выдаются подъемные в денежных средствах, а также обеспечиваются жильем.

Большинство областей выделили ресурсы для обеспечения стимулов и поощрений ТБ пациентам, чтобы мотивировать их соблюдать режим и завершить лечение. В 2011 году тюремный сектор ЮКО получил дополнительное финансирование от Правительства на реконструкцию специализированной ТБ колонии и медицинского оборудования на сумму 2,9 миллионов долларов в рамках Национальной программы здравоохранения «Саламаты Казахстана». В 2013 году ТБ колония ожидает дополнительное финансирование от Правительства на 218 миллионов тенге (около 1,5 миллионов долларов), которое планируется истратить на усиление административных мер по инфекционному контролю.

2.2.3. Структура специализированных ТБ служб

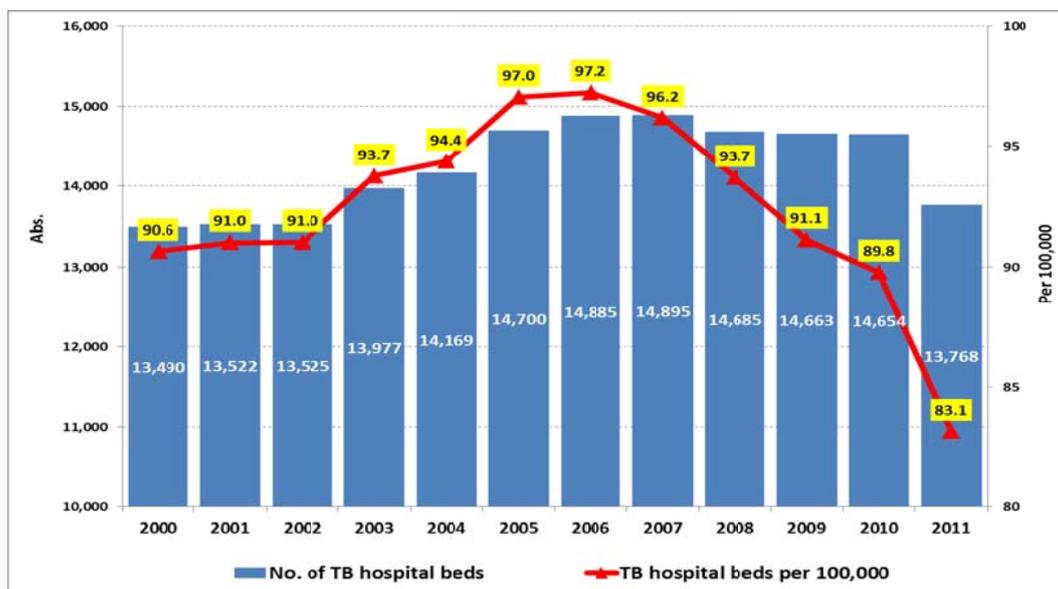
Казахстан имеет широкую сеть ТБ учреждений. В начале 2012 года всего было 309 специализированных ТБ учреждений в стране, их типы и количество по стране в течение последних 4 лет, а также распределение по региону, как представлено в Таблице 12.

Таблица 12. Количество и тип специализированных ТБ учреждений в Казахстане, 2009-2012

Тип учреждения	2009	2010	2011	2012
ТБ диспансеры	65	62	65	64
ТБ больницы	67	64	61	57
ТБ отделения в медицинских учреждениях общего профиля	13	20	6	4
Под итог 1: противотуберкулезные стационарные учреждения	145	146	132	125
ТБ кабинеты	122	122	147	146
ТБ санатории	31	30	30	30
ИТОГО: все ТБ учреждения	298	298	309	301

Из-за эпидемии ТБ МЗ расширил инфраструктуру ТБ услуг, начиная с 1990-х, и число стационарных ТБ учреждений (тубдиспансеры, туббольницы и туботделения в больницах общего профиля на районном уровне) возросло с 106 в 1999 году до 136 в 2008 году. В течение последующих 4 лет число стационарных учреждений снизилось до 125 в 2012 году. ТБ службы в Казахстане располагают большим числом коек для лечения ТБ. Согласно официальным данным, в РК самый высокий уровень коек для ТБ среди стран бывшего Советского Союза и соответственно в мире. В настоящее время имеется всего 12063 специализированных больничных коек для ТБ, включая НЦПТ, или 71,3 коек для ТБ на 100 000 населения. Коечная возможность по ТБ достигла максимального уровня в 2007 году: 96.2 на 100 000 (рис.5); в 2011 году, в сети произошло снижение на примерно 1127 коек по стране.

Рисунок 5. Общее число больничных коек по ТБ и показатель на 100 000 населения, 2000-2011



Ответственные учреждения за контроль над ТБ на национальном уровне полностью осведомлены о большом числе коек для ТБ, их нерациональном использовании и необходимости снижения этого числа. Число и процент используемых коек для ТБ варьируется по регионам. Среднее использование коек в трех самых высоких по показателям регионах превышает в 2,1 раза три самых низких региона (исключая Алматы и Астану). Значительная разница отражает исторические факторы в развитие служб, а не реальные потребности и/или различия в бремени заболевания. Наиболее значительно сокращение числа ТБ коек в 2011 году имело место в Южно-Казахстанской (на 200 коек) и Кызылординской (160 коек) областях.

Из-за возросшего числа случаев М/ШЛУ-ТБ число коек для лечения случаев устойчивого ТБ возросло (830 коек были перепрофилированы для этой цели в течение 2009-2011 г.г., в то время, как общее число коек для взрослых снизилось на 740 в течение этого периода). Число коек для пациентов с МЛУ-ТБ возросло с 800 в 2006 году до 2645 в 2012 году.

В связи с отсутствием механизма перераспределения финансовых средств, сэкономленных от сокращения коек, для развития самой противотуберкулезной службы, к сожалению, до сегодняшнего дня средства уходят из службы. Необходимо в рамках пилотных проектов разработать и утвердить механизм и нормативно-правовую базу сохранения финансовых средств, сэкономленных от сокращения противотуберкулезных учреждений и коек, для поддержки и реализаций противотуберкулезных мероприятий.

На начальном этапе реформирования противотуберкулезной службы планируется тщательный анализ нормативно-правовой базы. Основные направления ее изменения, будут связаны с теми реформами, которые проводятся в системе здравоохранения страны, т.е. направлены: 1) на рациональное использование стационарных мощностей, за счет внедрения новых технологий и, как следствие, сокращение сроков госпитализации; 2) расширение амбулаторного лечения, путем усиления сети ПМСП.

Немаловажным фактором реформирования противотуберкулезной службы страны будет законодательно гарантированная возможность сохранения существующих объемов финансирования противотуберкулезных мероприятий, осуществляемых государством, и использование освободившихся ресурсов при сокращении стационарного этапа лечения. Это будет реализовано путем выделения финансирования противотуберкулезных мероприятий в отдельную программу и консолидацию всего бюджета на областном уровне по типу «Глобального бюджета» (далее - ГБ). Подобный опыт в стране уже имеется. С 2012г. по постановлению Правительства РК, по принципу ГБ финансируется вся онкологическая служба. ГБ позволит мобильно, рационально использовать освободившиеся средства, облегчить администрирование и мониторинг адекватности финансирования противотуберкулезной службы и сохранить существующие объемы финансовых средств.

Реализация данного механизма финансирования позволит повысить ответственность областных противотуберкулезных диспансеров, как основного координатора борьбы с ТБ в регионе, так как, выделенные средства будут ориентированы **на конечный результат** – излечение больного.

Для обеспечения устойчивого финансирования противотуберкулезных мероприятий в рамках отдельной программы планируется привести в единую форму собственности все противотуберкулезные организации – «государственное казенное предприятие на правах хозяйственного ведения» (ГКП на ПХВ). Реализация вышеизложенного, позволит подготовить юридическую и финансовую основу для мобильной и гибкой организации противотуберкулезной помощи в регионах, включая таких, как приобретение услуг НПО, оказание психосоциальной помощи больным ТБ и «лечение на колесах» (по типу проекта «Спутник»), проведение широкомасштабного обучения специалистов, приобретение симптоматических и патогенетических препаратов для амбулаторного этапа лечения.

Отличительной особенностью данного ГБ будет то, что нами в первую очередь планируется разработка и утверждение единого универсального **тарификатора** при различных нозологических формах ТБ. Это позволит просчитать стоимость выявления, диагностики, лечения, профилактики и, в конечном счете, излечения каждого больного ТБ. Тарификатор так же будет включать все другие затраты направленные на своевременное выявление, быстрое излечение и профилактику ТБ. Путем использования данных «Национального регистра больных ТБ» и тарификатора будут просчитаны реальные потребности для каждого региона и сформирован бюджет противотуберкулезной программы области и республики в целом. В дальнейшем бюджет противотуберкулезной службы будет изменяться в зависимости от количества случаев туберкулеза и динамики ее изменения.

Одним из важных направлений будет реформирование порядка оказания стационарной помощи больным ТБ. Планируется: пересмотр и определение четких критериев для госпитализации (наличие бактериовыделения, состояния требующее круглосуточного наблюдения); сокращение сроков госпитализации (на период заразности, до улучшения самочувствия пациента); внедрение новых, передовых технологий по диагностике и лечению ТБ, М/ШЛУ ТБ, включая генно-молекулярные. Логичными результатами вышесказанного будут с одной стороны улучшенный доступ больных к качественной противотуберкулезной помощи, а с другой стороны, высвобождение дополнительных ресурсов за счет сокращения нерациональных расходов. Так же будет пересмотрен механизм финансирования стационаров и изменен с принципа финансирования на койку на пролеченный случай. Это будет стимулировать

менеджеров всех уровней более эффективно использовать койку (повысить оборот) в течение года и экономить значительные ресурсы (человеческие, финансовые, материально-технические). Всего в период 2014-2016гг. поэтапно планируется сократить 4632 коек, что составляет 34,2% от общего коечного фонда ПТУ страны. При этом минимальное сокращение планируется в 2014 году – 890 коек и максимальное – в 2016 году – 2150 коек.

В рамках мероприятий по совершенствованию финансирования противотуберкулезной службы планируется сокращение ПТУ. В 2014 г. ожидается закрытие 4 маломощных противотуберкулезных больниц: в Атырауской, Западно-Казахстанской, Костанайской и Павлодарской областях. При этом, 2 стационара будут преобразованы в диспансерные отделения для проведения лечения в амбулаторных условиях. Здание, находящееся в Костанайской области, будет передано городской больнице г. Лисаковск, а в Павлодарской области – передано акимату области.

В 2015 г. планируется закрыть 3 противотуберкулезных стационара в Западно-Казахстанской, Костанайской и Павлодарской областях, причем в первых двух областях будут организованы диспансерные отделения. Здание в Павлодарской области планируется передать акимату области. В этом же году планируется открыть городской противотуберкулезный диспансер на 350 коек в г. Астана.

В 2016 г. будут закрыты 5 противотуберкулезных стационаров: в Алматинской области - 4 и в Костанайской - 1. Все больницы будут преобразованы в диспансеры для организации амбулаторного лечения больных ТБ. В результате закрытия стационаров, сокращения коек произойдут изменения в кадровом составе. В целом по РК за 3 года 416 сотрудников противотуберкулезных организаций уйдут на пенсию, из них 88 врачей и 265 – среднего и младшего медицинского и 63 - прочего персонала.

В связи с тем, что в настоящее время дефицит врачебных кадров составляет 15,1% (352 ед.) и прогнозируемая дополнительная потребность ежегодно будет составлять 11,7 – 16,7%, проблем с трудоустройством персонала сокращенных стационаров не ожидается.

Дополнительно планируется расширение штатного расписания для: отделений паллиативной помощи ТБ больным, бактериологических лабораторий, организационно - методических отделов, мониторинга и оценки и диспансерных отделений. Все эти дополнительные затраты можно будет покрыть из ГБ без привлечения дополнительных средств из местных и республиканских бюджетов. Ожидается, что включение в штаты ПТО психологов и социальных работников с последующей их подготовкой, позволит поднять на качественно новый уровень психосоциальную поддержку и повысить приверженность больных к лечению.

Также следует отметить, что планируется разработка и утверждение законодательного акта, который улучшит доступ больных ТБ к адресной социальной поддержке. Основная часть среднего персонала планируется перевести в диспансерные отделения для эффективной организации и проведения амбулаторного лечения;

Финансовые ресурсы, прежде всего, будут направлены на внедрение стационарзамещающих технологий, усиление мер инфекционного контроля в ПТУ, мотивацию больных к непрерывному лечению и стимулированию персонала ПТУ. Для осуществления этих мероприятий планируется внести изменения и дополнения в нормативные и правовые акты

(приказы МЗ РК, ПП РК)

Вторым важным направлением реформирования противотуберкулезной службы будет расширение амбулаторного лечения больных ТБ путем внедрения стационарзамещающих технологий и широкого вовлечения сети ПМСП. Для этого в рамках второго этапа внедрения Единой системы здравоохранения в Республике Казахстан, с 2014 года планируется значительное повышение и укрепление роли организаций сети ПМСП в системе здравоохранения в целом, путем увеличения объемов и совершенствования механизмов финансирования. При этом ожидается 2-3-х кратное увеличение объема подушевого финансирования населения. Планируется усиление вовлеченности специалистов сети ПМСП в вопросы выявления и профилактики ТБ среди населения, путем включения их финансирования в подушевой норматив. Мотивацию специалистов сети ПМСП к проведению непосредственно контролируемого лечения больным ТБ в амбулаторных условиях планируется путем включения в стимулирующий компонент подушевого норматива сети ПМСП, который с 2014 года будет увеличен в два раза. Планируется внедрение нескольких индикаторов для оценки деятельности специалистов ПМСП в вышеуказанных вопросах (отсутствие отрывов от лечения, запущенных форм заболевания и т.д.).

Внедрение стационар замещающих технологий позволит ежегодно дополнительно наращивать число пациентов, которые будут получать лечение в амбулаторных условиях, соответственно способствовать к скорейшей их реабилитации и снижению стигмы в обществе в целом.

Реформирование механизмов финансирования противотуберкулезной службы планируется осуществлять в 2014-2016гг.. При этом планируется пилотные проекты в 3-4-х регионах страны (Жамбылская, Кызылординская, Актюбинская области и г. Астана). При пилотировании будет использован опыт пилотного проекта «Расширенное амбулаторное лечение больных туберкулезом», реализуемый в Акмолинской области с 2012 года, при финансовой поддержке ЮСАИД США. По результатам пилотов будет разработан и утвержден план поэтапного их расширения на другие регионы с охватом всей страны до 2016г.

Подход к реформированию противотуберкулезной службы Республики Казахстан, направленное на улучшение качества оказываемых услуг, путем: расширения амбулаторного лечения больных ТБ: внедрение стационар замещающих технологий, мотивации пациентов и персонала; рационализации стационарной помощи: сокращение малоэффективных маломощных и укрепление крупных, эффективных, многопрофильных стационаров внедрение новых технологий в диагностике и лечении ТБ, включая М/ШЛУ ТБ, координирован с результатами проекта Всемирного Банка и реформами, осуществляемыми в системе здравоохранения страны в целом.

2.2.4. Организация амбулаторного лечения больных ТБ и МЛУ-ТБ в рамках реформ здравоохранения и оказания им психосоциальной помощи в Республике Казахстан

Амбулаторное лечение

Качество оказания амбулаторного лечения в стране напрямую зависит от организации работы сети ПМСП. Данное положение регламентировано приказами Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009г. за № 794 « Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи» и от 5 января 2011г. за № 7 «Положение о деятельности

организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь», по которым определена необходимость повсеместного и широкого перехода на диагностику и лечение различных заболеваний в амбулаторных условиях с привлечением сети ПМСП.

На медицинских работников сети ПМСП возлагаются 3 важные задачи противотуберкулезной помощи – профилактика ТБ, своевременное выявление заболевания и проведение контролируемого лечения на амбулаторном этапе. Для качественного проведения противотуберкулезных мероприятий в типовые штаты поликлиник введена должность медсестры-химизатора, ответственной за контролируемое лечение больных туберкулезом на амбулаторном этапе. А типовая организационная структура поликлиники, центра ПМСП, врачебной амбулатории и медицинского пункта включает кабинет непосредственно контролируемого лечения (НКЛ) для приема противотуберкулезных препаратов (ПТП); базовую лабораторию и комнату для забора мокроты.

На сегодня в ПМСП функционируют 1611 кабинетов НКЛ и 2064 кабинетов сбора мокроты. Основной причиной проведения НКЛ больных ТБ на поддерживающей фазе в сети ПМСП является возможность проведения лечения, максимально приближенного к месту жительства пациентов. НКЛ больных ТБ и МЛУ-ТБ на поддерживающей фазе проводится в структурных подразделениях учреждений ПМСП по месту жительства больных: в поликлиниках, врачебных амбулаториях и фельдшерско-акушерских пунктах. Прием ПТП проводится под контролем медицинского работника, при этом больными используются одноразовые стаканчики. Отметка о проведении НКЛ заносится в формы ТБ-01 и ТБ-01 IV категория. В случае нарушения больным НКЛ или плохой переносимости ПТП медицинская сестра сообщает об этом врачу-фтизиатру. Врач общей практики (ВОП) учреждения ПМСП осматривает больного ТБ или МЛУ-ТБ не реже 1 раза в 10 дней на предмет общего состояния и побочных действий ПТП. Кроме ПТП назначаются симптоматические средства (витамины, гепатопротекторы и т.д.). В случаях регистрации серьезных побочных действий ПТП или прогрессирования ТБ больной направляется в противотуберкулезный стационар. Записи осмотров врача заносятся в амбулаторную карту.

В республике функционирует 7 стационаров для дневного пребывания больных ТБ и МЛУ-ТБ с общим количеством коек – 151 (Акмолинская область - 2, Жамбылская - 1, Западно-Казахстанская - 1, Карагандинская - 1, г.г. Алматы - 1 и Астана - 1). Работа дневных стационаров для лечения больных ТБ и МЛУ-ТБ регламентирована «Правилами организации работы стационаров дневного пребывания в туберкулезных больницах и противотуберкулезных учреждениях» и приказами областных и городских управлений здравоохранения. Режим работы дневных стационаров с 8.30 до 16.45 часов в одну или две смены, а график их работы составляется с учетом требований инфекционного контроля. Поэтому больной может посещать дневной стационар в удобное для него время. Медицинский работник наблюдает за приемом ПТП больным, проводит необходимые инъекции и отмечает выполнение НКЛ в формах ТБ-01 или ТБ-01 IV категория. В это же время больному выдаются продовольственные товары на сумму, равную сумме обеда в круглосуточном стационаре (около 300 тенге) из местного бюджета.

В некоторых регионах предусмотрено выдача денежных средств на проезд, купонов на продукты питания и т.д. Но не во всех дневных стационарах предусмотрено материальное стимулирование больных. В случае неявки больного в дневной стационар, отказа от лечения или плохой переносимости ПТП медицинский работник сообщает об этом врачу в устной или

письменной форме.

Врач дневного стационара осматривает больного не реже 3-х раз в неделю на предмет общего состояния, побочных действий ПТП и контролирует их прием. Помимо ПТП назначаются симптоматические средства (витамины, гепатопротекторы). В случаях выявления серьезных побочных эффектов ПТП или прогрессирования ТБ врач принимает решение о госпитализации больного в стационар.

Кроме лечебных мероприятий, в дневном стационаре проводится обучение больных вопросам распознавания побочных реакций ПТП или других серьезных симптомов, ухудшающих общее состояние, чтобы больной мог своевременно обратиться к врачу или другому медицинскому работнику.

При отсутствии приверженности больного к НКЛ возможно принудительное лечение в условиях специализированных стационаров.

Результаты обследований и НКЛ заносятся в Национальный регистр слежения за больными ТБ. Входным документом является форма ТБ 01 и ТБ-01 IV категория. Общее число больных ТБ, получивших лечение в условиях дневных стационаров, составило в 2011г. - 752 человека, в 2012г. – 867. Средний срок пребывания больного в дневном стационаре вырос с 62 дней в 2011году до 75 дней в 2012году.

Улучшился и койко-оборот дневных стационаров. Так, если в 2011г. работа койки составила 221 койко-день, то в 2012 г. – 260 к/дн., что составило соответственно 67% и 79% при среднем обороте койки 11,5 в 2011г. и 8,4. в 2012г.

По данным областей удельный вес больных, получавших интенсивную и поддерживающую фазы лечения только в амбулаторных условиях, составил в 2011г. – 16,4% (2262 больных), а в 2012г. – 16% (2194 больных) от общего числа больных ТБ без бактериовыделения, взятых на лечение.

Основная часть больных получали лечение в условиях ПТУ. В 2011г. эта группа больных составляла 82,7%, в 2012г. - 81,0%, а в условиях ПМСП соответственно 17,3% и 19,0%. Удельный вес больных в стране, оторвавшихся от лечения при прохождении поддерживающей фазы, составил –2% в 2011г. и 1,7% в 2012г.

В Акмолинской области с июня 2012г. и по настоящее время функционирует пилотный проект USAID TB CARE 1 по расширению амбулаторного лечения и психосоциальной поддержки больных ТБ и МЛУ-ТБ, включая больных, освободившихся из мест лишения свободы на долечивание в гражданский сектор здравоохранения. Срок окончания проекта - сентябрь 2014г.

Акмолинская область была выбрана пилотной по следующим причинам:

- Сильная политическая поддержка со стороны Акимата области в вопросах социальной поддержки больных ТБ;
- Наличие надлежащей областной программы контроля над ТБ как в гражданском, так и пенитенциарном секторах здравоохранения;
- Включение Акмолинской пилотной области в перспективный мастер-план

Министерства здравоохранения РК по реструктуризации и оптимизации коечного фонда противотуберкулезной службы (разработанного Всемирным Банком по заказу МЗ РК в 2011 году).

Амбулаторное лечение больных ТБ в Акмолинской пилотной области состоит из:

- проведения полного курса лечения больных ТБ и МЛУ-ТБ в амбулаторных условиях (в сети ПМСП, в диспансерных отделениях ПТУ, дневных стационарах, в домашних условиях, в дошкольных и учебных заведениях области). Предполагается также кратковременная госпитализация с последующим переводом на амбулаторное лечение;
- обеспечения больных психологической и социально-экономической поддержкой на основе их индивидуальных потребностей для удержания на лечении до его полного завершения;
- сокращения количества больничных коек ПТУ и перераспределение освобождающихся финансовых средств на финансирование штатных единиц сотрудников дневного стационара, стационара на дому, обеспечения больных социальной поддержкой, введение дополнительных штатов социальных работников и психологов.

В настоящее время в пилотной области организован дневной стационар на 35 коек и стационар на дому на 25 коек. Показанием для перевода в стационар на дому является следующие обстоятельства: сопутствующие заболевания, препятствующие ежедневной явке для лечения в ПТУ или ПМСП, пожилой возраст больных, беременность, наличие младенца у больной женщины или у матери-одиночки и ограниченные возможности больных. Утвержден график работы специалистов стационара на дому. На каждого больного заводится соответствующая медицинская документация. Медицинский работник диспансерного отделения ПТУ в стационар на дому ежедневно доставляет ПТП, наблюдает за их приемом больным и делает необходимые инъекции. Отметка о выполнении НКЛ заносится в форму ТБ-01 или ТБ-01IV категория. В случае нарушения больным режима лечения или плохой переносимости ПТП медицинский работник сообщает об этом врачу.

Фтизиатр стационара на дому посещает и осматривает больного не реже 2 раз в неделю на предмет состояния или наличия побочных действий ПТП, а также контролирует прием лекарств больными. Кроме ПТП, он назначает больному по показаниям патогенетическое или симптоматическое лечение. В случаях обострения ТБ или серьезных побочных действий ПТП после согласования с заведующим диспансерным отделением ПТУ, решается вопрос о госпитализации больного в обычный стационар. План реализации проекта USAID TB CARE ежегодно согласовывается с НЦПТ РК и донором.

В 2013 году в Акмолинской пилотной области проведены следующие мероприятия:

- Разработка протокола по амбулаторному лечению и системе поддержке больных ТБ (в рамках заседаний мульти-дисциплинарной группы Акмолинской области);
- Создание учебного центра при Акмолинском областном противотуберкулезном диспансере (ОПТД) с оснащением необходимым оборудованием и разработкой учебных программ;
- Обучение специалистов противотуберкулезной службы и ПМСП по вопросам амбулаторного лечения ТБ и приверженности к лечению;
- Обучение специалистов УИС по приверженности к лечению больных ТБ учреждениях

- УИС и после освобождения;
- Кураторские и мониторинговые визиты с участием специалистов НЦПТ;
 - Промежуточная оценка мероприятий по расширению амбулаторного лечения в Акмолинской области (сбор данных, встречи со специалистами противотуберкулезной службы и ПМСП, посещение больных, встречи с руководством области, анализ полученной информации и подготовка отчета с рекомендациями по дальнейшему усовершенствованию амбулаторного лечения);
 - Проведение семинара по обсуждению промежуточных результатов реализации пилотного проекта по расширению амбулаторного лечения.

Управлением здравоохранения Акмолинской области издан Приказ от 29 сентября 2012 №550 о поддержке проекта и создании мульти-дисциплинарной группы по внедрению расширенного амбулаторного лечения больных ТБ и МЛУ-ТБ.

НЦПТ были разработаны критерии для отбора лиц на амбулаторное лечение, которые частично легли в основу приказа Министерства здравоохранения РК от 12.07.2013г. № 402 «О внедрении пилотного проекта по расширенному стационарозамещающему лечению больных туберкулезом». Особенностью внедрения пилотного проекта является то, что на основании предварительно собранной информации о больном, в течение первых 2-недель от начала лечения группой психо-социальной поддержки разрабатывается предварительный план мероприятий по удержанию больного на лечении, который в процессе лечения при необходимости может корректироваться.

При взятии на амбулаторное лечение больного ТБ, освобождаемого из учреждений УИС, лечащий врач ТБ колонии представляет документы больного на ЦВКК за 10 дней до освобождения.

В пилотной области также создан основной состав группы психологической и социально-экономической поддержки больных ТБ и МЛУ-ТБ, в которую вошли представители департамента координации занятости и социальных программ Акимата Акмолинской области, заведующая диспансерным отделением ОПТД, социальный работник, юрист, 2 средних медицинских работника противотуберкулезной службы и психолог.

В области создан Учебный Центр, разработаны и утверждены Программы тренинга «Расширенное амбулаторное лечение больных ТБ» для социальных работников, психологов и специалистов НПО области, для химизаторов и специалистов ПМСП, ПТУ, ответственных за сбор мокроты. Планируется также проведение обучающего семинара «Построение системы управления качеством лабораторной диагностики ТБ» для врачей-лаборантов и лаборантов ПМСП и ПТУ. Кроме того, для фтизиатров, участковых терапевтов, педиатров и эпидемиологов области предусмотрен тренинг «Расширенное амбулаторное лечение больных ТБ. Роль специалистов ПМСП в борьбе с ТБ».

Механизм оказания психосоциальной помощи больным ТБ и МЛУ-ТБ в пилотном проекте проводят психологи, которые с первых дней беседуют с больными, членами их семей или доверенными лицами для определения индивидуальных нужд и рисков «отрыва» от лечения. Результаты работы докладываются лечащему врачу.

Выделяют следующие категории больных: приверженных к лечению и лиц, склонных к

перерывам в лечении и нарушениям режима лечения. Кроме того, существует группа больных, нуждающихся в социальной адаптации и требующих помощи от социального работника, психолога и юриста. Руководитель группы психосоциальной поддержки тесно работает с лечащим врачом, заведующим отделением и членами ЦВКК. Социальная поддержка способствует улучшению приверженности к лечению больных ТБ. Она резко снижает вероятность досрочного прекращения химиотерапии в группах «риска».

Оказание психосоциальной помощи

В Казахстане за период Независимости принят ряд государственных документов по вопросу оказания социальной помощи населению, таких как Государственная программа по снижению бедности на 2003-2005 годы. Критерий бедности включал неучащуюся и неработающую молодежь, детей и многодетные семьи, длительно безработных, одиноких и пожилых людей, инвалидов и маргинальные группы (бездомные, освобожденные из учреждений пенитенциарной системы, беженцы).

Для защиты населения от бедности в Республике Казахстан принят Закон «О Государственной социальной помощи» от 17 июля 2001 года № 246-III, согласно которому право на адресную социальную помощь имеют граждане Республики Казахстан, оралманы, лица без гражданства, имеющие вид на жительство и постоянно проживающие в РК, со среднедушевым доходом, не превышающим черту бедности (статья 2).

Законом Республики Казахстан «О республиканском бюджете на 2013 – 2015г.г.», по сравнению с 2012 годом, размер прожиточного минимума в Казахстане в 2013 году увеличился на 7%. Так, с 1 января 2013 года размер минимального прожиточного минимума в Казахстане установлен на уровне 18660 тенге против 17439 тенге в 2012 году. Уровень минимальной заработной платы в 2013 году таков же, что и прожиточный минимум. Месячный расчетный показатель (МРП), по сравнению с 2012 годом, увеличился также на 7%. Так, в 2013 году МРП составит 1 731 тенге против 1 618 тенге в 2012 году.

Прожиточный минимум – это денежный эквивалент минимального набора продуктов, услуг и предметов первой необходимости. Его величина определяется в целом по Казахстану и устанавливается ежегодно с учетом инфляции Законом Республики Казахстан «О республиканском бюджете» на соответствующий финансовый год.

Прожиточный минимум предназначается для оценки уровня жизни и определения черты бедности, а также для определения направлений социальной политики и осуществления мер по социальной поддержке населения, обоснования устанавливаемых минимальных размеров заработной платы, пенсии, пособий и иных социальных выплат. Минимальная заработная плата (МРП) утверждается ежегодно на основе прожиточного минимума.

МРП – это показатель, используемый в Казахстане для исчисления пенсий, пособий и иных социальных выплат, а также для применения штрафных санкций, расчета налогов и других платежей. Устанавливается ежегодно Законом «О республиканском бюджете».

Адресная социальная помощь не назначается безработным и незарегистрированным в уполномоченных органах по вопросам занятости.

Система социальной поддержки больным ТБ и МЛУ-ТБ в Казахстане состоит из государственного (областного) и негосударственного секторов системы социальной помощи. В государственный (областной) сектор системы социальной помощи входят самостоятельные органы управления социальной защиты населения области, а также учреждения социального обслуживания по линии Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан.

Государственная адресная социальная помощь оказывается за счет средств местных бюджетов в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Негосударственный (неправительственный) сектор системы социальной помощи включает различные общественные объединения, благотворительные и религиозные организации, другие предприятия, организации, учреждения социального обслуживания, деятельность которых основана на формах собственности, не относящихся к государственной, а также лиц, осуществляющих частную деятельность в сфере социального обслуживания.

Оказание социальной помощи гражданам негосударственными социальными службами осуществляется на договорной основе. Работники, занятые оказанием социальной помощи больным ТБ - это преимущественно работники социальных служб Министерства труда и социальной защиты Республики Казахстан.

Виды и формы социальной помощи больным ТБ и МЛУ-ТБ, оказываемые в стране:

- **материальной помощи** - денежная или натуральная (промышленные товары первой необходимости, медикаменты, средства гигиены, одежды, обуви, оплата проезда к месту лечения путем выдачи ежемесячных проездных билетов, оплата коммунальных услуг и т. д.);
- **бесплатное горячее питание** - в ряде регионов (Акмолинская, Мангистауская и Павлодарская области, г. Алматы) организованы специальные столовые для больных ТБ, находящихся на амбулаторном лечении;
- **социально-консультативная помощь.** К компетенции органов местного самоуправления могут относиться вопросы оказания социальной помощи, установленные действующим законодательством, учет и отчетность в системе социальной защиты населения, подготовка ежегодного отчета по вопросам оказания социальной помощи, осуществление взаимодействия и координации действий ведомств, предприятий и общественных организаций по оказанию социальной помощи населению.

Оказание социальной помощи больным ТБ и МЛУ-ТБ проводится в областях и регионах Акиматами за счет средств местного бюджета и Глобального Фонда, республиканским Обществом Красного Полумесяца, крупными Высшими учебными заведениями (ВУЗ) страны.

Так, в г. Алматы для студентов, больных ТБ и МЛУ-ТБ ректоратами ВУЗов выдаются дополнительные стипендии, талоны на питание в студенческих столовых и бесплатные общежития.

Социальный пакет больным ТБ и МЛУ-ТБ в основном реализуют выделенные ответственные лица ПТУ (чаще главные медицинские сестры и ответственные врачи). В ряде регионов привлекаются к этим мероприятиям специальных сотрудников отделов социального

обеспечения, занятости и социальных программ.

Кратность оказания социальной помощи по регионам:

- 1 раз в неделю: Алматинская область;
- 1 раз в месяц: Атырауская, Костанайская, Мангистауская, Павлодарская, Южно-Казахстанская области и г. Алматы;
- 1 раз в квартал: Акмолинская, Актюбинская, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Северо-Казахстанская области;
- 1 раз в год: Жамбылская область.

Объем оказания социальной помощи больным ТБ и МЛУ-ТБ по регионам представлен в таблице 13.

Таблица 13. Объем оказания социальной помощи больным ТБ и МЛУ-ТБ по регионам

Наименование областей	2011г.		2012 г.	
	количество больных	\$ (тыс)	количество больных	\$ (тыс)
Республика Казахстан	15467	1707,3	15852	2223,8
Акмолинская	1523	243,2	1379	354,3
Актюбинская	512	25,9	652	81,6
Алматинская	485	33,0	722	37,3
Атырауская	384	2,8	54	0
В-Казахстанская	2099	142,4	3544	231,8
Жамбылская	158	27,1	512	80,8
З-Казахстанская	1248	147,3	1320	183,7
Карагандинская	2071	121,3	1413	99,0
Кызылординская	568	32,0	0	0
Костанайская	654	66,1	790	79,3
Мангистауская	54	6,6	102	12,4
Павлодарская	2000	331,1	1444	367,5
С-Казахстанская	1228	44,6	1395	48,1
Ю-Казахстанская	487	44,9	464	55,4
г.Алматы	426	108,5	312	201,1
г.Астана	1570	330,5	1749	391,5

Данные таблицы 12 свидетельствуют о том, что по областям для оказания социальной помощи больным ТБ денежные средства выделяются по разному. Например, денежные ассигнования, выделенные в 2012г., варьируют от \$391,5 тыс. в г. Астане до \$12,4 тыс. в Мангистауской области. В Атырауской и Кызылординской областях вообще не были выделены средства из местного бюджета на оказание социальной помощи больным ТБ.

Проблемы амбулаторного лечения и оказания психосоциальной помощи больным ТБ и МЛУ-ТБ в стране:

1. Врачи ПМСП загружены и недостаточно мотивированы в оказании

- противотуберкулезной помощи больным;
2. В связи с дефицитом и текучестью врачей ПМСП требуются постоянно действующие учебные центры по менеджменту ТБ и М/ШЛУ ТБ
 3. На амбулаторном этапе законодательно не решены вопросы обеспечения диагностикой и лечением побочных реакций ПТП
 4. Не разработан механизм оказания психосоциальной поддержки больным ТБ и МЛУ-ТБ;
 5. Отсутствуют четкие критерии для отбора пациентов для предоставления социальной поддержки и видов оказания социальной помощи (продукты, горячее питание, транспортные расходы и др.);
 6. Не хватает обученных медицинских работников, ответственных за оказание социальной поддержки больным ТБ;
 7. Психологи и социальные работники не входят в штатное расписание ПТУ;
 8. Отсутствуют нормативно-правовые акты, определяющие объемы и механизмы финансовых вложений из местного бюджета. Их разработка требует участия Министерства труда и социальной защиты населения РК, Министерства финансов РК, Министерства экономики и бюджетного планирования РК, МВД РК.
 9. Отсутствует мониторинг качества оказания социальной помощи.

Все вышеперечисленные проблемы являются основными препятствиями на пути сокращения стационарных коек и расширения амбулаторного лечения и требует незамедлительного решения в рамках реформирования организации противотуберкулезной помощи в стране.

2.2.5. Организация лабораторной службы

Лабораторная служба Национальной противотуберкулезной программы Казахстана (НТП) имеет развитую инфраструктуру и представлена сетью лабораторий на всех уровнях программы – национальном, областном (региональном) и периферийном.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан в 2008 году утвержден и регламентирован к использованию международный стандарт аккредитации медицинских лабораторий СТ РК ИСО 15189 («Специфические требования к качеству и компетенции»).

Регистрация и отчетность лабораторных исследований проводится на ежемесячной, ежеквартальной и ежегодной основе. Имеется Национальный регистр больных ТБ.

Лаборатории областного уровня оснащены минимальным набором необходимого оборудования и проводят бактериологические исследования, включая посевы с использованием плотных и жидких сред, проведение ТЛЧ к ПТП 1 и 2 ряда. В Национальной референс-лаборатории (НРЛ) НЦПТ и в 10 из 22 лабораторий 2-го уровня внедрена генно-молекулярная технология на основе линейного зондичного анализа (HAIN).

Имеется система менеджмента качества бактериологических исследований. В рамках этой системы разработаны и осуществляются принципы системы ВОК ТЛЧ и бактериоскопических исследований. Лаборатории используют СОП основных процедур.

Имеется налаженная система сбора, хранения и транспортировки биоматериала в пределах каждой из областей Казахстана.

Функционирует система мониторинга и курации лабораториями более высокого уровня деятельности лабораторий нижестоящего уровня. Для проведения мониторинга и оценки качества услуг больным туберкулезом разработаны и используются стандартизированные проверочные листы.

Для улучшения качества исследований в большинстве лабораторий используются одноразовые расходные материалы, во всех лабораториях налажена система утилизации отходов.

Сотрудники лабораторий обеспечены современными средствами индивидуальной защиты. Для усиления инфекционного контроля готовится Национальное руководство по инфекционному контролю в противотуберкулезной службе.

В НРЛ имеется потенциал для проведения операционных и других научных исследований.

Разрабатывается Национальное руководство по сервисному техническому обслуживанию лабораторного оборудования.

Для повышения квалификации персонала лабораторной службы проводится обучение в рамках НТП, а также в рамках проектов международных организаций с привлечением донорских средств.

В 2009 году введена дифференцированная оплата труда специалистов противотуберкулезной службы (220% для сотрудников, имеющих контакт с МЛУ-ТБ, и 190% - для остальных сотрудников противотуберкулезной службы).

Имеется доступ к международным публикациям, документам, стандартам и руководствам (ВОЗ/WHO, Глобальная лабораторная инициатива/GLI, проект USAID TB CARE I).

Оказывается финансовая помощь и техническая поддержка от ряда доноров и международных организаций (Глобальный Фонд, Агентство США по международному развитию/USAID, KNCV и др.).

НТП Казахстана имеет развитую структуру лабораторной службы, представленную сетью лабораторий общей лечебной сети и противотуберкулезной службы, подразделяющихся на три уровня в зависимости от выполняемых задач и функций:

- 1 уровень – периферийные (районные) лаборатории
- 2 уровень – областные /региональные лаборатории
- 3 уровень центральный – Национальная референс-лаборатория (НРЛ) НЦПТ РК

Сеть лабораторий 1-го уровня в Казахстане представлена 466 лабораториями, интегрированными в систему ПМСП, противотуберкулезную службу и структуру уголовно-исполнительной системы 41):

- 315 бактериоскопических лабораторий общей лечебной сети (из расчета - 1 лаборатория на 100 тысяч населения)
- 151 бактериологическая лаборатория и посевных пунктов районных ПТУ
- 41 бактериоскопическая лаборатория уголовно-исполнительной системы

22 лаборатории 2-го уровня (21 лаборатория в гражданском секторе здравоохранения и 1 бактериологическая лаборатория в структуре уголовно-исполнительной системы Карагандинской области) находятся при областных (региональных) диспансерах, а также при противотуберкулезных диспансерах гг. Астаны и Алматы.

3-й уровень (национальный) представлен Национальной референс лабораторией (НРЛ). НРЛ находится в составе НЦПТ.

В 2012-2013 г.г. был внедрен молекулярно-генетический метод диагностики ТБ и МЛУ-ТБ (G-Xpert): в НЦПТ и в 11 областях республики был осуществлен закуп и поставка оборудования за счет средств USAID (4) и ГФ 8 раунда (9) (г. Астана, г. Алматы, Акмолинская, Атырауская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Карагандинская, Костанайская, Павлодарская, Южно-Казахстанская, Мангистауская). В конце 4 квартала 2013 г. ожидается поставке еще 6 аппаратов G-Xpert по проекту Expand TB.

Однако, имеющегося количества аппаратов будет не достаточно для расширенного внедрения ускоренного метода диагностики ТБ и МЛУ-ТБ (G-Xpert), в связи с чем необходимо дополнительное приобретение еще 28 аппаратов (в 2 ОПТД, в 6 СИЗО и 20 в межрайонные тубдиспансеры для больных ТБ с бацилловыделением и ПМСП областных центров - для ТБ, мигрантов, ЛЖВ).

В НЦПТ внедрен метод ускоренной диагностики МЛУ-ТБ (метод Hain - тест) и в 10 областях республики был осуществлен закуп и поставка оборудования за счет средств ГФ 8 раунда (г. Астана, Жамбылская, Акмолинская, Кзылординская, Актюбинская, Алматинская, СКО, ЗКО, Карагандинская, КУИС (Карагандинская). Для качественной и бесперебойной работы данной технологии необходимо приобретение реактивов и расходных материалов ежегодно. Бактериологические лаборатории областных и региональных противотуберкулезных диспансеров (21) оснащены лабораторным оборудованием ВАСТЕС – Mitgit – 960 (ускоренная диагностика туберкулеза и МЛУ ТБ).

В настоящее время во всех диспансерах имеется возможность охвата культуральным исследованием и ускоренным определением ТЛЧ к ПТП 1 и 2 ряда, в связи с чем увеличился объем исследований и нагрузка на имеющиеся аппараты. Необходимо дополнительное приобретение еще 7 аппаратов ВАСТЕС – Mitgit – 960. Часть имеющихся, приобретенных в 1998 г., морально устарела и они часто нуждаются в ремонте (НРЛ, ОПТД Актюбинской, Южно-Казахстанской областей) и в ОПТД, где отсутствует данная технология (3 региональных тубдиспансерах).

Следует особо отметить следующие важные **проблемы лабораторной службы:**

- Помещения лабораторий областного уровня, проводящие культуральные исследования, не соответствуют стандартам, предъявляемым к лабораториям 3-4 класса биобезопасности.
- Большая часть имеющегося оборудования используется не всегда эффективно и рационально вследствие несогласованного подхода к оснащению лечебных учреждений новой техникой.
- В связи с недостатком финансовых средств нет возможности для закупки качественного оборудования, расходных материалов, а также оплаты технического обслуживания

оборудования. Поэтому необходимо подготовить Национальное руководство по сервисному обслуживанию лабораторного оборудования.

- Не все имеющееся лабораторное оборудование отвечает требованиям биобезопасности, а производительность некоторых единиц не соответствует существующей рабочей нагрузке. Поэтому необходимо усилить координацию со стороны НРЛ по вопросам обеспечения лабораторий оборудованием, реагентами и расходными материалами, а также разработать список необходимого лабораторного оборудования с техническими спецификациями.
- Нет стратегического плана развития человеческих ресурсов, что приводит к отсутствию регулярности в обучении специалистов гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения. Высокая текучесть лабораторных специалистов и дефицит кадров, а также незаинтересованность персонала в повышении профессиональной квалификации диктует необходимость разработки системы мотивации и удержания сотрудников.
- В связи с географическими особенностями страны и локализацией учреждений пенитенциарной системы, а также ограниченным числом лабораторных сотрудников и наличием большого числа больных ЛУ-ТБ, необходимо внедрение в пенитенциарной системе ускоренных и безопасных для персонала методов диагностики, а также технологий, не увеличивающих рабочую нагрузку на персонал. Кроме того, необходимо систематическое усовершенствование знаний и навыков персонала в свете развития новых технологий.

Пути Решения (изложены также в оперативном плане):

- Разработать руководство по лабораторной диагностике ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ
- Необходимо внести дополнения и изменения в штатное расписание лабораторий противотуберкулезных учреждений, в т.ч. в УИС
- Разработать нормативный документ по кадровой политике с учетом профиля базового образования
- Оценить материально-техническое состояние и определить потребность в современном оборудовании и реагентах для ускоренной диагностики ТБ и МЛУ-ТБ, включая УИС
- Приобрести оборудование для экспресс исследований на ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ в лабораториях противотуберкулезной службы, ПМСП и УИС:- 28 XpertMTB/RIF для Алматинский областного ПТД и Аркалыкский регионального ПТД; 20 межрайонных диспансеров
- Приобрести реагенты для экспресс исследований (XpertMTB/RIF) на ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ в лаборатории противотуберкулезной службы, ПМСП и УИС.
- Приобрести реагенты для экспресс исследований (HAIN) на ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ в лаборатории противотуберкулезной службы, ПМСП и УИС
- Разработать руководство по системе внешней оценки качества (ВОК) на используемые методы лабораторной диагностики ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения
- Обеспечение лабораторий ПТО современным бактериологическим оборудованием, реагентами и расходными материалами
- Внесение в штатное расписание ПТО должности специалиста-инженера сервисного обслуживания лабораторного оборудования
- Систематическое усовершенствование знаний и навыков персонала новым методам диагностики ТБ МЛУ/ШЛУ-ТБ в гражданской и пенитенциарном секторе

здравоохранения.

- Закупить реактивы и расходные материалы для БАКТЕК, ХАЙН теста бактериологической лаборатории УИС Карагандинской области и картриджи для GeneXpert в 6 СИЗО

2.2.6. Инфекционный контроль в местах повышенного риска туберкулеза

В настоящее время меры по усилению инфекционного контроля (ИК) над ТБ являются приоритетной задачей НТП и вопросы ИК интенсивно обсуждаются на заседаниях Национального координационного Совета (НКС) и областных координационных советов по охране здоровья населения.

Свидетельством чрезвычайной актуальности ИК ТБ для Казахстана является высокий уровень распространенности МЛУ-ТБ среди населения страны, а также высокая частота регистрации случаев заболевания ТБ среди работников здравоохранения и учреждений УИС в сравнении с общим населением (рисунки 6 и 7).

Рисунок 6. Заболеваемость ТБ среди работников ПТУ и общего населения РК на 100 тыс. населения (статистические данные отдела эпидемиологии, организации и планирования противотуберкулезных мероприятий НЦПТ)

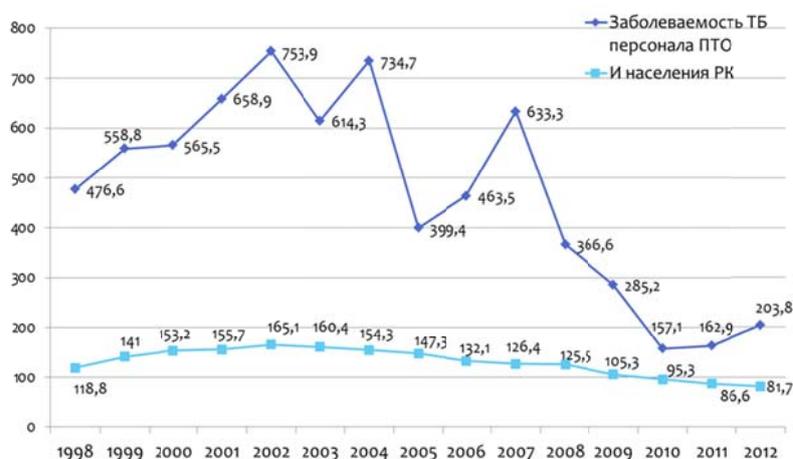
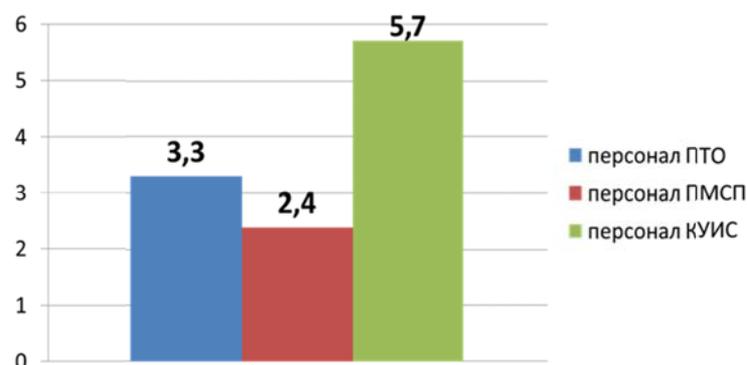


Рисунок 7. Количественная оценка относительного риска заболеваемости ТБ среди работников ПТУ, сети ПМСП и учреждений УИС в сравнении с общим населением в период 2008-2012 гг.



За последние несколько лет НТП Казахстана предприняла очень важные шаги в сторону улучшения мер ИК, получив политическую и финансовую поддержку со стороны Правительства, результатом которой стало:

- Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 г. № 1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан в организациях противотуберкулезных учреждений, а также в системе первичной медико-санитарной помощи», положившего начало реструктуризации противотуберкулезных коек в гражданском и пенитенциарном секторе здравоохранения страны.
- Сокращение ТБ коек на 15,3% (2 292 коек) и ПТУ на 21,4% (34 учреждения) в инфраструктуре гражданского сектора здравоохранения в период 2008-2012 гг. (таблица 13). При этом сокращение коснулось только маломощных ПТУ, условия в которых не соответствовали минимальным требованиям качества ИК.
- Активное строительство нового и реконструкция за счёт средств государства большинства действующих противотуберкулезных стационаров, позволили улучшить планировку учреждений для эффективного разобщения больных по эпидемиологическому статусу и внедрения должных мер ИК. Это также коснулось учреждений ПМСП гражданского сектора здравоохранения и противотуберкулезных колоний УИС.

Таким образом, одним из ключевых элементов реструктуризации противотуберкулезных коек в стране явилось создание в противотуберкулезных стационарах условий для реализации эффективной практики сортировки и разобщению пациентов по эпидемиологическому статусу.

Таблица 14. Динамика сокращения ТБ коек и противотуберкулезных стационаров в Республике Казахстан в период 2008-2012 гг.

Год	Сокращение числа ТБ-коек	Сокращение числа ТБ-стационаров
2008	210 (1,4%)	7 (4,4%)
2009	22 (0,1%)	6 (3,9%)
2010	9 (0,06%)	0
2011	1156 (7,8%)	14 (9,5%)
2012	895 (6,6%)	7 (5,3%)

Итого в период 2008-2012 гг.	2 292 (15,3%)*	34 (21,4%)*
---------------------------------	----------------	-------------

**Дальнейшая перспектива сокращения ТБ коек и стационаров описана в первой части этой главы*

Вместе с тем, в результате тесного сотрудничества НТП с международными партнерами и организациями, в период с 2010 по 2013 гг. были реализованы ряд последовательных оценочных миссий по ИК в учреждениях гражданского и пенитенциарного сектора здравоохранения страны:

- Миссия консультантов по ИК в НТП в 2010 г., выполненная проектом USAID «TB CAP» через представительство НПО KNCV в Центральной Азии. Это стала первой оценочной миссией по снижению риска ТБ, по итогам которой был разработан проект плана по ИК ТБ на Национальном уровне и получена консультативно-техническая помощь.
- Миссия по всесторонней оценке противотуберкулезной помощи, профилактики и борьбы с ТБ в Казахстане, выполненная в 2012 г. экспертами ВОЗ по запросу МЗ РК. По результатам данной миссии были получены всесторонние рекомендации по ключевым аспектам НТП, включая ИК.
- Очередная миссия по ИК в Республике Казахстан в 2013 г., выполненная по заказу КГСЭН МЗ РК. Главной задачей миссии была оптимизация политики ИК в стране на законодательном уровне. В ходе оценки был проведен мониторинг рекомендаций предыдущих миссий.

Таким образом, полученные в ходе оценочных миссий рекомендации составили основу планомерных мероприятий ИК в рамках настоящего Комплексного плана по борьбе с туберкулезом на 2014-2020 гг. в РК.

Принимая во внимание важность повышения квалификации у целевых работников противотуберкулезной службы и развития межпрофессионального сотрудничества по ИК, НЦПТ были организованы ряд обучающих тренингов при финансово-технической помощи международных партнёров:

Таким образом, полномасштабная подготовка целевых специалистов Национального и субнационального уровней здравоохранения и инженеров из частного сектора стала началом развития межпрофессионального сотрудничества в стране в сфере ИК, что позволило:

- Сформировать и утвердить техническую рабочую группу по ИК на национальном уровне, состоящую из специалистов разных организаций и ведомств - НЦПТ, КГСЭН, КУИС МВД РК и НПО.
- Разработать методические рекомендации по ИК ТБ в Казахстане, основанные на современных принципах борьбы с ТБ.
- Разработать и обсудить на национальном уровне проект изменения санитарных правил и норм страны в соответствии с современной концепцией ИК, рекомендуемой ВОЗ.

Административные меры ИК

Эти меры направлены на своевременное выявление и изоляцию контагиозного больного с последующим назначением противотуберкулезной химиотерапии, что признаётся наиболее эффективно реализуемой практикой снижения риска распространения ТБ среди населения.

В Казахстане для реализации административных мер ИК имеются следующие благоприятные условия:

- Имеется развитая сеть бактериологических лабораторий с системой внешнего и внутреннего контроля качества, благодаря которой охват выявленных больных микроскопией мазка и посевом мокроты на МБТ достигает 100%, а охват ТЛЧ составляет 98,0%.
- Имеется мощная инфраструктура сети ПМСП, полностью интегрированная в НТП. Данное преимущество позволяет осуществлять полномасштабное выявление ТБ на бесплатной основе по месту прописки больных. За последние 6 лет процентная доля лиц с подозрением на контагиозный туберкулез, выявленных на уровне ПМСП, остаётся относительно стабильной - в пределах 4,0 - 4,7%. После первичного обследования в учреждениях ПМСП лица с подозрением на ТБ направляются в районные противотуберкулезные диспансеры, где проводится подтверждение диагноза, и больные ТБ регистрируются на лечение. Центральная областная врачебно-консультационная комиссия периодически рассматривает истории болезни пациентов и подтверждает диагноз ТБ и изменения в схеме лечения, исходя из результатов лабораторных исследований.
- В последние годы по инициативе МЗ РК многие учреждения ПМСП принимают участие в проектном конкурсе «Поликлиника без очередей». В рамках проекта в качестве решения по снижению «живых» очередей пилотируются различные технологии, включая «заочную» электронную регистрацию больных в индивидуальное время приёма к различным медицинским услугам на уровне ПМСП.
- В случае подтверждения контагиозного ТБ, пациенты проходят обязательную госпитализацию в профильных отделениях противотуберкулезного стационара, по крайней мере, до абациллирования по мазку мокроты.
- Протоколы по выявлению, диагностике, лечению и мониторингу больных ТБ стандартизированы на национальном уровне в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Вместе с тем централизованный закуп ПТП из средств республиканского бюджета и гранта ГФ обеспечивает бесплатный доступ к лечению, в результате чего по итогам 2012 г. охват лечением больных с ТБ и МЛУ-ТБ ПТП 2 ряда достиг 86,9%.
- Отмечается прогресс в целенаправленном решении вопросов ТБ/ВИЧ на уровне страны, который выражается в разработке руководства по ТБ/ВИЧ, высоком охвате больных ТБ тестированием на ВИЧ, высоком охвате больных туберкулезом ЛЖВ профилактическим лечением котримоксазолом. Кроме того, в штате 5 центров борьбы со СПИДом работают специалисты по ТБ.
- Все ЛЖВ, проходят скрининг на ТБ. Для этого они направляются в поликлиники по месту жительства для клинического обследования врачом общей практики, флюорографии и микроскопии мазка мокроты. В случае подозрения на ТБ дальнейшую оценку проводит фтизиатр в противотуберкулезном диспансере по месту жительства пациента. Пять центров борьбы со СПИДом из имеющихся двадцати одного имеют в штате фтизиатра, который проводит исследование на ТБ среди ЛЖВ.

Таким образом, действующая инфраструктура сети ПМСП и ПТУ, а также возрастающий

доступ больных к диагностике и противотуберкулезному лечению способствуют поддержке административной меры ИК в местах потенциального распространения ТБ.

Проблемы реализации административных мер ИК:

- В поликлиниках сети ПМСП слабо поставлены меры по оперативной сортировке кашляющих пациентов и индивидуальной защите персонала.
- Вследствие ограниченного доступа экспресс методам диагностики ТБ, пациенты с М/ШЛУ-ТБ могут длительно не получать адекватного лечения и содержаться в пределах одной палаты или камеры (в учреждениях УИС) с больными чувствительным ТБ, критически повышая риск нозокомиального распространения инфекции.
- Отсутствие практики безотлагательного назначения АРТ больным ТБ/ВИЧ, которые госпитализируются для лечения в противотуберкулезный стационар, усугубляет прогноз болезни. Вместе с тем практика повсеместной госпитализации больных ТБ/ВИЧ повышает риск нозокомиального ТБ.
- В процессе этапирования осужденных и подследственных лиц, больные ТБ и М/ШЛУ-ТБ не разобщаются от здоровых и транспортируются в переполненных вагонах в течение длительного времени, повышая риск распространения инфекции.
- Практика необоснованно частой и длительной госпитализации больных, не нуждающихся в круглосуточном медицинском уходе и изоляции, критически повышает риск распространения ТБ и отнимает полезную площадь, необходимую для больных ТБ с абсолютными показаниями для стационарного лечения.
- Распространенная практика дезинфекции жилых помещений больных после выявления у них ТБ усиливает и без того существующую стигматизацию и дискриминацию в обществе, а также неэффективное использование ресурсов НТП.

Планируемые меры для решения проблем:

- Разработка и утверждение на межведомственном уровне инструкции по сортировке, госпитализации и изоляции больных ТБ и ВИЧ инфекцией в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения позволит рационализировать административные мероприятия ИК, включая противоэпидемические меры в очаге ТБ.
- Полномасштабное применение экспресс методов диагностики ТБ позволит ускорить начало надлежащего лечения больных ТБ (сразу же после их выявления), снижая риск нозокомиальной передачи ТБ и МЛУ-ТБ.
- Модернизация действующей инфраструктуры системы финансирования противотуберкулезных стационаров с развитием моделей амбулаторного лечения ТБ позволит исключить случаи необоснованной госпитализации и рационализировать затраты. Последующее перераспределение сэкономленных ресурсов на усиление инфраструктуры амбулаторной помощи позволит сформировать основу качественного выявления и лечения больных ТБ на уровне сети ПМСП, основанного на полицевом расчете каждого выявленного больного.

Проблемы инженерно-технических мер ИК

Эти меры признаны одним из слабых компонентов НТП РК, что объясняется следующими причинами:

- Большинство ПТУ, учреждений УИС и обще-лечебной сети находятся в приспособленных зданиях с недостаточной вентиляцией и подлежат неотложной модернизации с позиций современных требований ИК.
- Вследствие отсутствия качественного инженерного контроля над зданиями и системой вентиляции лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в процессе их проектирования, строительства и использования, помещения персонала (медицинского и охранного) остаются не изолированными от палатных секций и процедурных комнат.
- В большинстве помещений с повышенным риском экспозиции инфицированного аэрозоля (операционных и палатных секциях, сбора мокроты, бронхоскопии, боксированных помещений бактериологических лабораторий и т.п.) отсутствует система вентиляции, обеспечивающая достаточную кратность воздухообмена и безопасное направление воздушных потоков.
- ЛПУ гражданского и пенитенциарного сектора не имеют экранированных бактерицидных ламп, позволяющих их безопасное использование в присутствии людей. Существующая практика обеззараживания помещений бактерицидными лампами открытого типа в отсутствие людей малоэффективна для снижения риска передачи ТБ и других воздушно-капельных инфекций.
- В ЛПУ гражданского и пенитенциарного сектора отсутствует практика надлежащего обслуживания инженерно-технических устройств (систем вентиляции, НЕРА-фильтров, боксов биологической безопасности) из-за недостаточного выделения денежных средств на техническое обслуживание, ограниченного доступа к квалифицированным инженерам и отсутствия оборудования для тестирования (анемометров и датчиков подсчёта частиц).

Пути решения:

- Проведение технической ревизии систем механической вентиляции ПТУ, включая УИС. Данное мероприятие позволит оценить потребность программы в дополнительных инвестициях, связанных с модернизацией и ремонтом существующей системы механической вентиляции.
- Закуп набора измерительных приборов для каждой области, необходимых для тестирования систем вентиляции, экранированных ультрафиолетовы бактерицидных облучателей (УФБО) и БШБ.
- Утверждение рабочей группы по экспертизе вентиляционных систем ПТУ гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения в процессе их проектирования, монтажа и приёмки, что позволит предотвратить неэффективные системы механической вентиляции.
- Оснастить помещения высокого риска ПТУ эффективно-функционирующей системой механической вентиляции и экранированными УФБО или провести ремонт существующих систем.

Благодаря увеличению финансирования ПТУ, отмечается улучшение в обеспеченности средствами индивидуальной защиты и бактерицидными облучателями (табл. 15).

Однако следует отметить следующие ***проблемы в средствах индивидуальной защиты:***

- Респираторы не всегда надеваются правильно и применяются не только в местах повышенного риска;
- Работники учреждений не проходят проверку на плотное прилегание респиратора,

вследствие чего возникает риск использования не подходящих по размеру и дизайну моделей;

- Как правило, учреждением закупается одна модель респираторов, что критически ограничивает возможность подбора подходящих респираторов;
- Смешанное нахождение в пределах клинического отделения комнат персонала и палат для больных, возникающее вследствие неадекватной планировки помещений, оказывает серьезное препятствие для внедрения надлежащей практики персональной защиты в учреждении;
- Затруднена оценка потребности респираторов вследствие неопределённости кратности и сроков использования одного и того же изделия;
- Отсутствие в учреждении подготовленного работника, ответственного за организацию мер индивидуальной защиты;
- Отсутствие чёткой инструкции, регулирующей правила использования респираторов, (место ношения, условия хранения и кратность использования).

Таблица 15. Обеспеченность УФБО и респираторами в ПТУ РК

Наименование области	Кол-во ПТО	Обеспеченность экранированными УФБИ			Обеспеченность респираторами		
		Необходимо	приобретено	%	Необходимо	приобретено	%
Акмолинская	5	210	137	65,2	113200	113200	100
Актюбинская	5	357	347	97,2	167200	167200	100,
Алматинская	9	380	0	0	39340	39340	83,3
Атырауская	6	0	0	0	5500	0	0
ВКО	9	293	169	83,3	90895	88120	96,9
Жамбылская	9	843	820	97,3	82246	82481	100
ЗКО	10	453	311	68,7	24104	25755	100
Карагандинская	5	280	133	47,5	9167	9167	100
Костанайская	8	289	68	23,5	71864	65078	90,6
Кызылординская	9	338	200	59,2	16298	15716	96,4
Мангистауская	5	441	402	91,»	60400	54900	90,9
Павлодарская	12	249	77	30,9	24384	24384	100
СКО	5	420	418	99,5	29130	28185	96,8
ЮКО	11	489	269	55,0	91331	69404	75,9
г.Алматы	3	885	451	51,0	25339	22770	89,9
г.Астана	1	250	250	100	3000	3000	100
РК	112	6177	4052	65,6	853348	808700	94,8

Пути решения:

- Утвердить инструкцию по использованию и тестированию респираторов на национальном уровне.
- Стандартизировать техническое задание на приобретаемые изделия.

Приоритетные меры по снижению риска нозокомиального ТБ в РК

1. Усиление деятельности госпитального эпидемиолога и членов Комитета ИК (КИК) в разработке плана ИК ТБ

Учрежденческие планы будет координироваться с планом ИК области и Республиканской противотуберкулёзной программой. В свою очередь, консолидированная противотуберкулезная программа, в зависимости от её уровня, будет интегрироваться в региональную и Республиканскую программу здравоохранения, что позволит усилить пропаганду ИК и получить поручительства уполномоченных лиц, от решения которых зависят финансирование и обеспечение программы кадровым потенциалом. Важным для этого условием является участие в деятельности КИК на учрежденческом уровне следующих специалистов:

- Ответственного за ТБ врача-эпидемиолога территориальной структуры санитарно-эпидемиологической службы;
- Куратора из ИЦПТ и территориального ПТУ;
- Ответственного специалиста территориальной службы ВИЧ/СПИД;
- Координатора по ТБ из УИС.

Вместе с тем КИК будет содействовать социальной мобилизации программы и её всесторонней поддержке. Для этого будет начато участие политических лидеров гражданского общества, неправительственных партнеров и самих больных в процесс планирования, выполнения и оценки мероприятий. Подобная консолидация будет способствовать объективной оценке потребностей ещё до начала внедрения вмешательств и своевременно ориентировать программу на интересы/нужды больных и работников здравоохранения.

2. Разработка бюджетного плана ИК, основанного на оценке риска ТБ и прогнозируемых затрат. При этом основные усилия будут нацелены на реализацию современной стратегии «FAST» (Find cases Actively, Separate safely, and Treat effectively), означающей быстрое выявление, адекватное разобщение и эффективное лечение ТБ.

3. Рационализация инфраструктуры ТБ коек путём:

- Увеличения числа коек для безопасной и комфортной госпитализации заразных и тяжелых случаев ТБ за счёт расширения масштабов амбулаторного лечения больных, не требующих разобщения и постоянного медицинского ухода.
- Оперативной сортировки пациентов по профильным отделениям ТБ стационара в соответствии с результатом мазка мокроты, ТЛЧ и режимом лечения.

4. Расширение масштаба амбулаторного лечения больных ТБ в сети ПМСП, что позволит существенно повысить пациент-инициированные подходы и сократить затраты, связанные с нахождением пациента в стационаре, поскольку имеющиеся на сегодня данные подтверждают экономическую эффективность амбулаторного лечения в сравнении с госпитализацией. Последующее перераспределение сэкономленных ресурсов на усиление инфраструктуры амбулаторной помощи позволит сформировать основу качественного выявления и лечения больных ТБ на уровне сети ПМСП.

5. Усиление контроля окружающей среды и программы персональной защиты в медицинском учреждении. Правильное применение инженерно-технических и персональных средств защиты в комплексе с административной мерой будет способствовать надёжному

снижению риска внутрибольничной передачи ТБ и других воздушно-капельных инфекций. В части инженерно-технических мер будут особо уделены внимание к авторскому и техническому надзору в ходе монтажа систем, а также тщательному проекту

2.2.7. Партнерство и привлечение гражданского общества

Сотрудничество между заинтересованными сторонами в контроле над ТБ в настоящее время обеспечивается посредством СКК и его подгрупп, представляющих интересы различных секторов.

В стране имеются успешные пилотные проекты, реализуемые НПО, которые выполняются в сотрудничестве с ТБ службой и НТП (ПИН/ТБ, ВИЧ/ТБ, бывшие заключенные, мигранты), и могут быть применены на национальном уровне. Большинство НПО, работающие в ТБ или ТБ/ВИЧ, зависят финансово от наличия международных ресурсов, таких как Глобальный Фонд, USAID и др.

В Казахстане активно участвуют в проведении противотуберкулезных мероприятий такие неправительственные международные организации, как, Project HOPE, PSI, выполняющий проект USAID Диалог по ВИЧ и туберкулезу, Проект USAID TB Care I (Реализуемый KNCV), Общество Красного Полумесяца Казахстана (при поддержке Международной Федерации Общества Красного Креста и Красного Полумесяца), KNCV, «Партнеры во имя здоровья». Ими оказывается информационная, финансовая, техническая и методологическая поддержка в проведении мероприятий по профилактике и лечению туберкулеза и ВИЧ.

В Казахстане Project HOPE как международная неправительственная гуманитарная организация начала внедрение первой программы по туберкулезу в 1993г. Project HOPE с 1993 года по настоящее время внедряла множество проектов финансируемых USAID, а также часть мероприятий в рамках 6 раунд ГФСТМ в 2009-2010 гг.

В рамках предыдущих проектов, Project HOPE оказывал техническую поддержку в организации противотуберкулезных мероприятий, включая вопросы менеджмента лекарственно-устойчивого туберкулеза в пилотных областях Алматинской и пенитенциарной системе Карагандинской области. Совместно с НЦПТ была внедрена система мониторинга и супервизии в пилотной области. Опыт внедрения этой системы был проанализирован и послужил образцом для дальнейшего его внедрения Министерством здравоохранения на всю Республику Казахстан. Project HOPE имеет большой опыт работы по организации и проведения мероприятий направленных на повышение знаний по туберкулезу среди населения и уязвимых групп населения. Сотрудники организации лидировали в организации заседаний Рабочей Группы в подготовке Национальной программы по Адвокации, Коммуникации и Социальной Мобилизации, которая была направлена для поддержания достижения целей Государственной Программы «Саламатты Казахстана» на 2011 – 2015 гг. Также, целый ряд мероприятий был организован для повышения потенциала национальных кадров по различным вопросам АКСМ, включая подготовку тренеров по межличностному общению, по обучению разработке информационно образовательных материалов по туберкулезу для различных целевых групп.

Project HOPE имеет опыт работы по организации противотуберкулезных мероприятий среди уязвимых слоев населения, в частности мигрантов. Занимаясь проблемой туберкулеза в Центральной Азии Project HOPE провела исследования по мигрантам и их доступу к медицинской помощи. Project HOPE в рамках проекта USAID Диалог по ВИЧ и туберкулезу в

2010- 2012 гг., участвовал в разработке и внедрению мероприятий направленных на повышение знания по туберкулезу, снижению стигмы и дискриминации для уязвимых групп населения.

Также, Project HOPE совместно с НЦПТ и МЗ РК участвовало во внедрении системы логистического менеджмента противотуберкулезных препаратов в стране. Полученный опыт внедрения на пилотном уровне данной системы, позволил унифицировать и внедрить на уровне всей страны отчетно-учетные формы лекарственного менеджмента.

Project HOPE за это время обучила несколько тысяч медицинских работников и представителей сообществ в различных обучающих семинарах посвященных всем аспекты противотуберкулезной программы. В настоящее время Project HOPE осуществляет компонент по туберкулезу в проекте «Качественное Здравоохранение» Агентства США по международному развитию (USAID).

Обществом «Красного Полумесяца» в настоящее время реализуется ряд проектов по программе «Профилактика туберкулеза»:

1. Программа поддержки больных туберкулезом, получающим лечение в режиме 1 и 2 категории в городах Семей, Кокшетау. Программа включает патронаж пациентов, непосредственное контролируемое лечение (НКЛ), информационную работу среди всех групп населения. Оказывается социальная помощь продуктами питания и гигиены.
2. Программа поддержки больных ТБ МЛУ в городах Алматы, Талдыкорган, Кызылорда (патронаж, НКЛ, социальная помощь продуктами питания и гигиены, информационная работа среди всех групп населения).
3. Программа социальной поддержки больных коинфекцией (ВИЧ/ТБ) в городах Алматы, Караганда, Темиртау (социальное сопровождение, психологическая помощь, юридические консультации).

В рамках проектов «Качественное здравоохранение» (АВТ)», «Диалог по ВИЧ и туберкулезу» (PSI), TB CARE I (KNCV), финансируемые Агентством США по международному развитию (USAID), осуществляется деятельность в области адвокации, коммуникации и социальной мобилизации, предпринимаются активные шаги по улучшению взаимодействия, совместного планирования и реализации мероприятий по привлечению гражданского общества, усилению осведомленности общего населения и уязвимых групп о профилактике и лечении туберкулеза.

Population Services International (PSI) - международная неправительственная некоммерческая организация, которая является ведущей организацией в мире в области социального маркетинга, реализующая проекты в 70 странах. PSI проводит образовательные и информационные кампании с целью мотивации правильного использования определенных продуктов или услуг здравоохранения, в области планирования семьи, профилактики ВИЧ/ИППП, ТБ, охраны материнства и детства. Программы PSI реализуются через средства массовой информации и межличностные коммуникации, одновременно инвестируя средства в развитие местного потенциала НПО для создания устойчивой социальной модели безопасного поведения среди уязвимых групп населения. Организация осуществляет свою деятельность в Республике Казахстан, начиная с 2002 года. Усилия организации направлены на изменение рискованного поведения среди уязвимых групп населения (потребители инъекционных наркотиков (ПИН), работницы секса (РС), мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), заключенные, мигранты, люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ), а также молодежь).

В настоящее время PSI возглавляет Консорциум организаций, исполняющих региональный центрально-азиатский Проект USAID «Диалог по ВИЧ и туберкулезу», а также Проект «Орлеу»: Расширение профилактических программ по ВИЧ среди уязвимых групп населения Республики Казахстан в рамках гранта 7 Раунда Глобального Фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией. Реализация данных программ позволяет уязвимым слоям населения получать широкий доступ к медицинским услугам и продуктам здравоохранения для профилактики ВИЧ/СПИД, употребления наркопотребления, изменения рискованного поведения, а также профилактики и лечения туберкулеза.

Проект USAID «Диалог по ВИЧ и туберкулезу», реализуется с октября 2009 г. и направлен на снижение темпов распространения ВИЧ и ТБ через изменение рискованных форм поведения, связанных с передачей ВИЧ и ТБ, а также усиление профилактических мероприятий в этом направлении основанных на аутрич подходе. . В рамках проекта предоставляется техническая поддержка местным государственным и негосударственным организациям, предоставляющим услуги группам населения, которым грозит повышенный риск заражения ВИЧ и ТБ. Проводится регулярная работа по усилению потенциала НПО по финансово-административным и программным вопросам, по вопросам МИО и разработке ИОМ в пилотных регионах.

Одним из основных направлений является работа с лидерами сообщества по оказанию поддержки по приверженности лечению ТБ , обучение медицинских работников ПМСП и сотрудников НПО вопросам профилактики ТБ и инфекционного контроля , по снижению стигмы и навыкам общения с клиентами проекта.

За период с апреля 2010 г. по июль 2013 г. в Казахстане в рамках Проекта мероприятиями по профилактике ТБ и формированию приверженности лечению ТБ охвачено следующее число людей из групп повышенного риска заражения ВИЧ и ТБ:

- 25 831 человек были охвачены услугами по профилактике ВИЧ и ТБ;
- 2 541 человека обследованы на наличие туберкулеза в рамках перенаправительной ваучерной системы;
- Было выявлено 115 новых случаев ТБ среди уязвимых групп;
- 268 человек из числа ПИН,ЛЖВ, заключенных и мигрантов получили поддержку по приверженности лечению туберкулеза и успешно завершили лечение.

Кроме того, проведено обучение медицинских работников и работников социальной сферы:

- 283 лидеров сообществ обучены оказанию поддержки приверженности лечению ТБ;
- 328 медицинских работников ПМСП и сотрудников НПО прошли обучение по профилактике ТБ и вопросам инфекционного контроля;
- 328 медицинских работника прошли обучение по снижению стигмы и навыкам общения с группами населения, которым грозит повышенный риск заражения заболеваниями.

В рамках Проекта были разработаны успешные модели направленные на целевые группы. Одной из таких моделей является модель «Унисон» - «Мультидисциплинарный подход по формированию приверженности лечению ТБ среди ЛЖВ - это подход, ориентированный на пациента, осуществляемый мультидисциплинарной командой - врач, медсестра, психолог и социальный работник, равный консультант, врач-нарколог (если в целевом сайте есть ОЗТ терапия), тесно взаимодействующей с различными службами здравоохранения, в том числе и

службой ТБ. Командная работа представляет собой комплекс медицинских и социально-психологических услуг. Члены семей и ближайшее окружение ЛЖВ, по возможности, также вовлекаются в работу команды, для оказания дополнительной поддержки и построения стабильной домашней атмосферы. Все члены команды подписывают соглашение, выражая тем самым свою полную готовность для участия в программе. Данная модель реализовывалась совместно с обученными НПО в г. Алматы, г. Темиртау и г. Усть-Каменогорске. Эта модель доказала свою эффективность и может применяться для других уязвимых групп как для раннего выявления ТБ, так и на поддерживающей фазе для выработки приверженности лечению ТБ.

Одной из основных проблем является отсутствие доступа к медицинским услугам клиентов проекта не имеющих документов удостоверяющих личность и официальной регистрации по месту жительства (прописка). В рамках проекта, в пилотных регионах были подписаны Приказы УЗ о перенаправительной ваучерной системе для представителей уязвимых групп без документов. По данному ваучеру (направительный талон) клиенты проекта могут пройти обследование на ТБ и на ВИЧ. Для дальнейшего принятия данной инициативы на Национальном уровне проводится совместная адвокация проектами USAID на уровне Министерства Здравоохранения, с предоставлением полученного опыта работы в Карагандинской, Восточно-Казахстанской областях и г. Алматы.

В мае 2013 года PSI/ Центральная Азия удостоилась Награды Года за инновации в области здравоохранения со стороны Американской Торгово-Промышленной Палаты за эффективность созданной базы данных учета клиентов программ по ВИЧ и ТБ.

Неправительственная организация «Партнеры во имя здоровья» (ПВИЗ) (Partners In Health), созданная при содействии Гарвардской Медицинской Школы в 1980-х годах является одной из лидирующих организаций, занимающихся вопросами клинического и программного менеджмента больных МЛУ-ТБ и ВИЧ-СПИД во многих странах мира, включая США, Перу, Гаити, Лесото, Малави, Мексику, Российскую Федерацию и Республику Казахстан.

Одними из основных приоритетов деятельности ПВИЗ в мире и в Казахстане, в частности, является оказание качественной технической помощи Национальной программе по борьбе с ТБ по программному менеджменту и клиническому ведению больных МЛУ-ТБ. Деятельность в равной степени направлена на гражданский и пенитенциарный сектор. Мероприятия, проведенные ПВИЗ в рамках проекта ГФ 8 раунда включали в себя оказание технической помощи по программному и клиническому менеджменту МЛУ-ТБ противотуберкулезным службам гражданского сектора и КУИС МВД РК по МЛУ-ТБ, обучение медицинских работников противотуберкулезных служб и ПМСП, мониторинг реализации гранта ГФ в 6 областях Казахстана и проведение операционных исследований. В шести регионах РК, в которых работали ПВИЗ, имеются противотуберкулезные учреждения КУИС МВД РК, осуществляющие лечение больных МЛУ-ТБ – Карагандинская, Павлодарская, Восточно-Казахстанская, Южно-Казахстанская, Северо-Казахстанская и Акмолинская области. С июля 2013 года ПВИЗ остановила свою деятельность в РК.

Королевское Нидерландское Центральное Объединение по борьбе с туберкулезом (KNCV) – это некоммерческая неправительственная организация, которая основана в 1903 году в Гааге (Нидерланды) и работает в области профилактики и борьбы с туберкулезом на международном уровне в тесном сотрудничестве с ВОЗ (Всемирной организацией здравоохранения), МСБСтЗЛ (Международным Союзом борьбы с туберкулезом и заболеваниями легких), а также является одним из соучредителей Партнерства ВОЗ «Остановить Туберкулез». KNCV является одной из лидирующих организаций в мире по контролю за туберкулезом на глобальном уровне. С 1997 года KNCV работает в Казахстане, оказывая техническую помощь в вопросах улучшения

контроля за ТБ и МЛУ-ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения, в вопросах инфекционного контроля, внедрения совместных мероприятий по ТБ и ВИЧ, развития исследовательского потенциала в противотуберкулезной программе и создания системы поддержки пациентов.

Основные направления деятельности НПО в Казахстане

Техническая помощь национальной противотуберкулезной программе в улучшение качества программы контроля над ТБ в гражданском секторе здравоохранения и пенитенциарных учреждениях, а именно:

- Участие в разработке национальных документов (программы, руководства, нормативные документы, протокола), включая ТБ и ВИЧ.
- Участие в разработке и внедрении моделей лучшей практики в области программного менеджмента ЛУ-ТБ, включая создание модели удержания больного на лечении.
- Продвижение интегрированного подхода в контроле над ТБ, включая пенитенциарные учреждения.
- Улучшение качества противотуберкулезной программы в тюремной системе.
- Участие в создании программ обучения, семинаров, конференций, а также, совместных исследований, направленных на совершенствование программ по профилактике и лечению социально-значимых заболеваний (ТБ, ВИЧ/СПИД и др.), в том числе для пенитенциарной системы.
- Разработка и реализация совместных проектов в области профилактики и лечения ТБ.
- Содействие мобилизации общества в борьбе с ТБ путем повышения его информированности.
- Внедрение инновационных международных моделей по работе среди уязвимых групп населения по изменению рискованного поведения в отношении ТБ и ВИЧ, ко-инфекции ТБ/ВИЧ, повышению доступа к медицинским и социальным услугам.
- Адвокация формирования лотов государственного социального заказа для НПО, работающих в области ТБ и ВИЧ.
- Создание моделей положительного опыта организации медицинского обслуживания, и в частности, противотуберкулезной службы в учреждениях уголовно-исполнительной системы, которые могли бы использоваться в других странах Центрально-Азиатского региона.
- Внедрение международных требований соблюдения биологической безопасности бактериологических лабораторий.

В настоящее время KNCV при поддержке Агентства США по международному развитию (USAID) реализует в Казахстане технический проект по туберкулезу TB CARE I (2011- 2014 гг.).

В рамках реализации проектов Глобального Фонда в Казахстане субполучателями работают такие НПО, как общественный фонд (далее-ОФ) «Луч надежды» в Акмолинской области, ОФ «Комитет по мониторингу уголовной реформы и правам человека» в Павлодарской области, ОФ «Сауыгу» в г.Алмате и Алматинской области, ОО «Региональный центр новых информационных технологий», которые проводят мониторинг противотуберкулезных мероприятий в пенитенциарных учреждениях, психосоциальное консультирование осужденных за 2 месяца перед освобождением.

С целью улучшения взаимодействия пенитенциарной системы с гражданским сектором здравоохранения Министерством здравоохранения выделен государственный заказ по повышению приверженности больных ТБ к лечению после освобождения путем привлечения НПО. По данному вопросу объявлен тендер, на котором участие принимали ОФ «Луч надежды» в Акмолинской области, ОФ «Умит», Ассоциация ТС «Таза ел» и ОФ «Сауыгу». Тендер выиграл ОФ «Луч надежды» в Акмолинской области. Общественный фонд защиты прав человека и борьбы с туберкулёзом «Луч надежды» с 19 апреля 2012 года начал реализацию социально-значимого проекта республиканского значения «Услуги по привлечению неправительственных организаций в обеспечение преемственности между пенитенциарным и гражданским секторами в лечении осужденных, больных ТБ, после их освобождения».

Целевыми группами проекта являются:

- осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях;
- лица, освободившиеся из мест лишения свободы;
- лица, больные ТБ, освободившиеся из мест лишения свободы по отбытию срока наказания с незавершенным лечением;
- медицинские работники пенитенциарного и гражданского секторов здравоохранения;
- представители гражданского общества (неправительственные организации Акмолинской, Северо-Казахстанской, Павлодарской, Карагандинской областей).

В период с 24 апреля по 15 мая 2012 года была завершена процедура получения разрешения от Комитета уголовно-исполнительной системы МВД РК на беспрепятственное посещение режимных учреждений и проведение всех необходимых мероприятий в целях реализации проекта в СКО, Павлодарской, Карагандинской и Акмолинской областях. Подготовлены и направлены письма информационного характера в департаменты и управления областей.

Разработаны модули семинаров для осужденных, с целью выработки приверженности осужденных к дальнейшему лечению и ведению здорового образа жизни.

28 мая 2012 года проведён семинар тренинг в учреждении ЕС-168/4 СК (лечебное учреждение для осужденных, больных туберкулёзом), в котором приняли участие 20 человек. Проведены индивидуальные консультации для осужденных, освобождающихся в ближайшие три месяца. Всего консультациями охвачены 110 человек, семинарскими занятиями - 20 человек.

Составленные списки освобождающихся с указанием адресов предполагаемого их убытия после освобождения направлены из учреждений в горрайорганы и областные туберкулёзные диспансеры.

Все освобождающиеся доставляются в областной противотуберкулёзный или региональный тубдиспансеры на автотранспорте в сопровождении сотрудника учреждения. Проект выявил ряд проблем, которые требуют решения на законодательном уровне.

Несмотря на вышеизложенное НПО в стране недостаточно привлекаются в реализацию противотуберкулёзных мероприятий. Нет устойчивых механизмов по их привлечению и недостаточно выделяются социальные госзаказы для НПО.

2.2.8. Адвокация, коммуникация и социальная мобилизация

Как показывают международные исследования, значительное влияние на заболеваемость ТБ оказывают, в том числе, и такие факторы, как недостаточная информированность населения о ТБ, а также позднее обращение за медицинской помощью и наличие стигмы в обществе.

С целью изучения информированности о ТБ в 2005 и 2009 гг. в Алматинской области проектом ХОУП было проведено исследование знаний, отношения и практики по ТБ среди целевых групп (врачи, медсестры, больные). В феврале 2010 г. в г. Алматы и г. Темиртау проектом ХОУП было проведено также качественное исследование среди групп, подверженных высокому риску наличия ко-инфекции ТБ/ВИЧ: потребители инъекционных наркотиков (ПИН), ЛЖВ, мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ) и работников сексуального сервиса (РС).

Исследования показали, что знания о ТБ среди всех целевых групп, как правило, слабые, особенно в отношении путей передачи и симптомов ТБ, которые имеют решающее значение в плане выявления, профилактики и лечения ТБ. Кроме того, во всех группах обнаружилась недостаточная осведомленность о путях передачи ТБ ввиду нехватки информации.

В 2010 году международная организация PSI провела исследование в г. Алматы и г. Караганда по вопросам ВИЧ и ТБ с оценкой рискованного поведения, связанного с трансмиссией ВИЧ и использованием услуг по профилактике ВИЧ и ВИЧ/ТБ среди ПИН, РС, и МСМ.

В результате вышеупомянутых исследований были выработаны следующие рекомендации:

- дальнейшая работа должна быть направлена на улучшение осведомленности и мотивации прохождении обследования на ТБ посредством проведения бесед по принципу «равный равному», мини-сессий, консультаций и издания иллюстрированных информационных материалов (напечатанные, легко применимые карты расположения учреждений, предоставляющих услуги по диагностике ТБ).
- распространять информацию о необходимости регулярного обследования на ТБ (включая борьбу с предрассудками и дискриминацией) и вопросов ТБ среди ПИН, РС и МСМ и членов их семей.

Эти рекомендации реализованы частично в городах Алматы, Усть-Каменергорске, Караганде, где НПО с участием НТП привлекались для доступа к группам лиц рискованного поведения.

Так как эти проблемы не являются сугубо медицинскими, большая роль в их преодолении отводится санитарному просвещению, составными компонентами которого на современном этапе развития общества стали коммуникация, адвокатура и социальная мобилизация (АКСМ).

Предлагаемые мероприятия по АКСМ предусматривают вовлечение в решение задач «Комплексного плана борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы» не только медицинских работников разного уровня (ПМСП, фтизиатров), но и общества в целом, а также НПО.

Предполагается, что через повышение уровня осведомленности общества о симптомах и рисках заболевания ТБ, изменится отношение населения к своему здоровью. В тоже время, использование коммуникационных технологий среди медицинских работников повлияет на медицинскую практику, направленную на раннее выявление и профилактику заболевания.

Пациенты строго следуют рекомендациям медицинских работников владеющих коммуникационными навыками, потому что они вызывают доверие пациентов и убеждают пациентов пройти обследование на туберкулез, придерживаться гигиены кашля, и других процедур для выявления и профилактики туберкулеза. При этом предполагается своевременное обращение больных за медицинской помощью, а подготовка хорошо обученных и преданных своему делу специалистов медицинских учреждений гражданского сектора и пенитенциарной системы поможет обеспечить своевременное выявление ТБ и его надлежащее лечение.

Доступная квалифицированная медицинская помощь больным ТБ послужит основой раннего выявления заболевания и повышения приверженности пациентов к проведению полного и непрерывного курса лечения.

Большая роль в данном направлении отводится участию НПО и инициативных групп на базе сообществ в работе с пациентами на поддерживающей фазе лечения. Создание групп поддержки пациентов с участием НПО повысит приверженность больных к лечению, сократит число отрывов и, тем самым, повлияет на исходы лечения. Данное направление также предусматривает широкое проведение обучения вопросам ТБ, межличностного общения и консультирования больных медицинскими работниками общей лечебной сети. Это повысит уровень информированности населения и больных о заболевании и улучшит навыки коммуникации и консультирования больных ТБ, что позволит выбрать оптимальную тактику поведения с больными с целью повышения их приверженности к проведению полного курса лечения.

Мероприятия по АКСМ будут интегрированы в стратегические планы противотуберкулезных программ областей и поддержаны адекватным бюджетом для их реализации. Ожидается, что это позволит повысить эффективность противотуберкулезных мероприятий на 5-10%.

Координация реализации мероприятий АКСМ в РК будет проводиться тематической рабочей группой (ТРГ) по АКСМ при технической рабочей группе по усилению борьбы с ТБ при МЗ РК.

Осуществление вышеперечисленных мероприятий будет проводиться НЦПТ и Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни при содействии всех организаций, участвующих в реализации НТП. Сотрудничество задействованных организаций будет также включать в себя разделение затрат для более эффективного использования ресурсов.

ТРГ будет отслеживать процесс достижения цели, а также проводить обзор и одобрение создаваемых информационных материалов. Мониторинг деятельности будет проводиться 2 раза в год в процессе мониторинговых визитов с использованием определенных индикаторов выполнения.

Оценка реализации мероприятий по АКСМ будет проводиться на основе опроса и детального анализа результатов для отслеживания прогресса в выполнении задач, поставленных для каждой целевой группы. Оценка эффективности отдельных запланированных мероприятий будет проводиться на основе промежуточных исследований для определения воздействия на уровень знаний, отношения и поведения целевых групп.

Основные задачи по АКСМ на 2014-2020 гг.

1. С целью своевременного выявления ТБ в период 2014-2020 гг. повысить информированность населения по своевременному обращению в учреждения ПМСП при появлении любых жалоб со стороны здоровья.
2. Вовлечь НПО в реализацию мероприятий по улучшение информированности населения о ТБ, борьбе со стигмой и дискриминацией, а также повышению приверженности к лечению ТБ.
3. К 2020 г. направить усилия по содействию улучшения доступа и качества оказания противотуберкулезной помощи лицам из групп риска (мигрантам, ПИН, пациентам с ТБ/ВИЧ и др.).
4. В период 2014-2020 гг. способствовать созданию групп поддержки и взаимопомощи больным ТБ во время амбулаторной фазы лечения для повышения приверженности к лечению.
5. В период 2014-2016г.г. способствовать расширению и улучшению оказания социальной помощи больным ТБ.
6. В период 2014-2015 гг. способствовать расширению амбулаторного лечения больных ТБ.

2.3. Финансирование контроля над ТБ

Мероприятия по контролю над ТБ в Казахстане финансируются из центрального и местных правительственных бюджетов. Центральный (республиканский) бюджет покрывает закуп ТБ препаратов (1 и 2 ряда) и расходы, связанные с функционированием НЦПТ. Расходы по ТБ бюджета областного (местного) уровня покрывают расходы специализированных ТБ услуг согласно категориям стандартной классификации бюджета.

Расходы на уровне специализированных ТБ учреждений в период 2009-2012 г.г. варьируются с 24.5 млн. тенге в 2009 году до 23.5 млн. тенге в 2012 году (таблица 15), но это расходы только на специализированное ТБ учреждения и не включают другие расходы системы здравоохранения (такие, как расходы на уровне ПМСП, санитарно-эпидемиологические службы и общее руководство).

Как основная тенденция в системе здравоохранения в Казахстане, финансирование специализированного ТБ учреждения значительно увеличилось, с 15,5 млн. в 2009 году до 23,5 млн. тенге в 2012 году (увеличение на 39.1%), в основном за счет областных бюджетов, которые увеличились на 50.9% (Таблица 16).

Таблица 16. Расходы бюджета на специализированное ТБ лечение, тысяч тенге

	2009	2010	2011	2012
Местный (областной) бюджет	15,579,527.5	17,885,363.7	21,767,773.0	23,509,194.9
Центральный (республиканский) бюджет	8,959,033.9	8,959,033.9	9,935,228.3	10,630,694.3
Общий бюджет на ТБ	24,538,561.4	26,844,397.6	31,703,001.3	34,139,889.1

Источник: Расширенный обзор ВОЗ

За те же годы, расходование республиканского бюджета показало меньший, но все же значительный рост на 18.7% (Таблица 16).

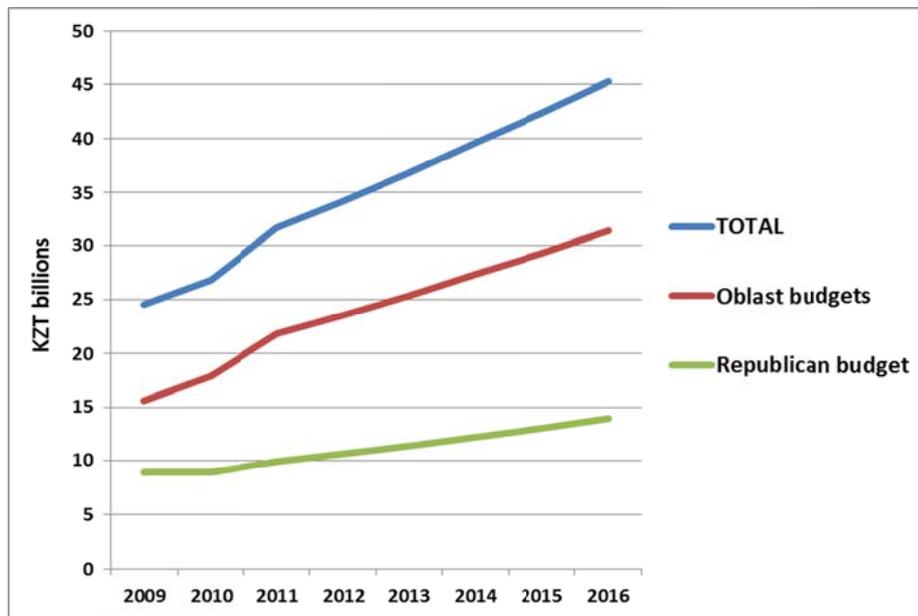
Таблица 16. Расходы на специализированное ТБ лечение в Казахстане 2009-2012 , USD

	2009 (расходы)	2010 (расходы)	2011 (расходы)	2012 (расходы)
Местный (областной) бюджет	105,623,915.3	121,380,140.6	148,463,872.7	158,695,793.6
Центральный (республиканский) бюджет	60,739,212.9	60,801,044.4	67,761,753.5	71,761,133.2
Общий бюджет по ТБ	166,363,128.1	182,181,185.0	216,225,626.2	230,456,926.8

Источник: Расширенный обзор ВОЗ

Увеличение бюджета, выделенного на ТБ в последние годы, представлено на Рисунке 8.

Рис. 8. Рост бюджета на борьбу с ТБ в РК, 2009-2016



2.4. Эпидемиологический надзор, мониторинг и оценка

В Республике Казахстан ТБ подлежит обязательной регистрации в ПТУ и органах санитарно-эпидемиологического надзора (СЭН). Эпидемиологический надзор за ТБ организован через вертикальную систему стандартизированного учета и отчетности по случаям ТБ на трех

различных административных уровнях: районном, областном и республиканском. Выявление и регистрация больных проходит как на районном, так и на областном уровнях. С районного уровня информация о зарегистрированных случаях передается на областной уровень. Областные противотуберкулезные диспансеры далее передают их на республиканский уровень. НЦПТ получает карты больных из всех регионов и представляет стандартные отчеты по случаям ТБ и исходам лечения в Министерство здравоохранения.

Эпидемиологический надзор за ТБ в пенитенциарной системе осуществляется через Медицинское управление МВД РК. Ежегодно в гражданский сектор здравоохранения предоставляются отчетные данные по случаям ТБ, выявленным в пенитенциарной системе.

Все стандартные определения случаев и показатели для регистрации и отчетности по случаям ТБ в Казахстане соответствуют современным стандартам и рекомендациям ВОЗ. Они включают регистрацию случаев ТБ по локализации заболевания (легочный или внелегочный), по результату исследования мазка мокроты и посева, по типу больного (новый случай или рецидив, неудача лечения, лечение после перерыва и переведенный случай), по категории получаемой ими схемы лечения (I категория – новые случаи, II категория – ранее леченые случаи, IV категория – случаи М/ШЛУ-ТБ).

В 2001 г. в рамках проекта под руководством Центров по профилактике и контролю заболеваний США (CDC) и с финансовой помощью USAID в Казахстане был создан Национальный электронный регистр больных ТБ (далее НРБТ). С 2003 г. в НРБТ были интегрированы новые формы сбора данных. Регистр начал работу на платформе Visual Basic, разработанной товариществом с ограниченной ответственностью «Мединформ». В 2007 г. все данные по учету и отчетности в НРБТ были приведены к международным стандартам. В 2013 г. при финансовой поддержке Глобального фонда и усилиями ТОО «Мединформ» НРБТ был переведен в режим on-line, причем все данные о пациентах, содержащиеся в БД на основе FoxPro, были полностью перенесены в режим реального времени. При этом для НРБТ были разработаны дополнительные компоненты по лаборатории и социальной поддержке, непосредственно связанные с Национальным регистром. Также были разработаны модули «Лекарственный склад» и «Мониторинг и оценка», но не связанные непосредственно с НРБТ.

База данных НРБТ интегрирована с двумя республиканскими базами данных: базой данных «регистр диспансерных больных» (РДБ) - содержит информацию обо всех лицах в Республике Казахстан, когда-либо состоящих на диспансерном учете по любому заболеванию, и базой данных «Регистр прикрепленного населения», (РПН) - содержит данные обо всех лицах, прикрепленных к территориальным учреждениям ПМСП страны. Ввод информации о вновь выявленном случае ТБ осуществляется через последовательный поиск пациента в 3-х базах данных: вначале в самой базе НРБТ, далее, если не найден – в РДБ и далее – в РПН. Поиск пациента может осуществляться как по фамилии, имени и отчеству, так и по ИИН.

После того как пациент найден, вносится информация из стандартизированных учетных карт. Входными документами для регистра являются:

- ТБ 16 – Карта диспансерного наблюдения за контингентом
- ТБ 01 - Медицинская карта больного ТБ
- ТБ 01 кат. IV - Медицинская карта больного ТБ категории IV.

Первоначальным документом является карта ТБ16, из которой в НРБТ вносится информация о

группе диспансерного учета и далее, если больному было назначено лечение, информация в регистр заносится из ТБ01 или ТБ01 кат. IV.

НРБТ включает подробную персонифицированную информацию по каждому больному ТБ в стране, включая социально-демографические, диагностические данные, информацию о схеме назначенного лечения и его исходе. Причем система разработана таким образом, что вход в нее разграничен по ролям и уровню противотуберкулезной службы. Для ввода информации по компонентам «лаборатория», и «оказание социальной поддержки» предусмотрены отдельные логины и пароли. Все бактериологические лаборатории самостоятельно осуществляют ввод данных по результатам проведенных исследований. При этом каждая бактериологическая лаборатория привязана к конкретному ПТУ и не имеет возможности редактировать данные другой лаборатории. В данный момент НРБТ в лабораторном компоненте впервые позволяет вносить результаты посевов, проведенных методом ВАСТЕС, а также результаты молекулярно-генетических исследований: HAIN-test и G-Xpert. Кроме того, система позволяет на областном уровне «видеть» только свои районы, а на республиканском уровне «видеть» все районы и области РК.

Компонент «оказание социальной поддержки» позволяет вносить данные обо всех видах социальной помощи, оказанных пациенту. По всем вновь разработанным компонентам определены ответственные лица за ввод данных на районном и областном уровне.

Система позволяет генерировать большое количество стандартизованных отчетов, согласно рекомендациям ВОЗ. Также позволяет получать поименные списки пациентов, попавших в определенный отчет (для сверок и проверки качества данных), в то же время обеспечивая максимальную степень конфиденциальности о пациентах.

Система мониторинга и оценки (МиО) в рамках в НТП РК организована таким образом, чтобы гарантировать рациональное использование средств для получения данных, необходимых для принятия решений, позволяющих руководителям проследить тенденции во времени. Система МиО направлена на объединение интересов всех партнеров в единую систему для избежания дублирования.

Созданный отдел МиО в рамках органов здравоохранения Казахстана располагает необходимым техническим оснащением и персоналом, занимающимся обработкой данных. Этот отдел координирует усилия по МиО ТБ в независимости от места осуществления отдельных мероприятий. С 2004 года в программе организована тематическая рабочая группа по МиО, обеспечивающая содействие в отношении выбора показателей и осуществления МиО. Для расширения практической научно-исследовательской работы система МиО в НТП РК имеет связи с национальными исследовательскими учреждениями, а также с Министерствами Юстиции, Внутренних дел, НПО и донорами (ГФ, USAID).

Персонал системы МиО на национальном, областном и районном уровне НТП РК обучен и имеет опыт работы в области эпидемиологии, обработки данных и статистического анализа, распространения данных, отслеживания финансовых и материальных ресурсов.

Система МиО НТП РК основывается на стратегии, которая включает цели и целевые показатели; руководства для районов, регионов и областей в отношении МиО и взаимосвязи МиО с другими секторами здравоохранения; индикаторы для определения прогресса программы, планы по сбору данных, анализу и распространению данных, использованию

полученных результатов для совершенствования программы. Национальные и оперативные планы в области МиО регулярно пересматриваются. Ежегодно тиражируются статистические обзоры с оценкой хода работы национальной программы и\или проектов. Координация национальных и донорских потребностей в отношении МиО осуществляется отделом по организации и планированию противотуберкулезных мероприятий НЦПТ МЗ РК. Для каждого уровня ТБ программы созданы и описаны набор приоритетных и дополнительных показателей МиО, поддающихся сопоставлению с течением времени и сопоставлению с данными из других стран. Общий национальный план сбора и анализа качественных данных дополнен планом распространения данных на национальном, областном и районном уровнях программы.

Единая последовательная система МиО обеспечивает передачу точных данных руководителям на каждом уровне ТБ программы и системы здравоохранения. В НТП РК используются различные методы МиО контроля над ТБ:

- системы текущего мониторинга;
- поддерживающий надзор;
- эпиднадзор и обследования;
- ситуационный анализ страны;
- внешние обзоры программ.

2.4.1. Системы текущего мониторинга

НТП РК использует данные, собранные в процессе оказания противотуберкулезной помощи пациентам: выявления, диагностики, регистрации, лечения, и лекарственного обеспечения, которые используются руководителями программ. Программа борьбы с туберкулезом использует медицинские карты больных в качестве источников данных для журналов регистрации пациентов ТБ 03 и ТБ11, которые, в свою очередь, используются для наблюдения за течением заболевания каждого пациента и позволяют проводить регулярный мониторинг. Периодически учетные данные журналов используются для составления квартальных отчетов, в которых отражается информация о включении пациентов в программы лечения и о результатах лечения. В качестве инструмента для этого используется когортный анализ. Эти отчеты анализируются на местном уровне, а затем направляются на областной и национальный уровни для объединения, анализа, распространения и использования для управления программой.

2.4.2. Поддерживающий надзор

Поддерживающий надзор в НТП РК заключается в проверке качества отчетности и регистрации: проводится ревизия медицинских карт пациентов и регистрационных журналов, повторно проверяются передача данных и пересчитываются некоторые элементы квартальных отчетов. Кроме этого поддерживающий надзор включает обсуждение проблем и обеспечивает возможность обучения для устранения выявленных проблем. Установленная частота проведения поддерживающего надзора в программе не менее 1 раза в 3 месяца. Поддерживающий надзор также используется для передачи проверенных данных на центральный уровень. Один раз в год команда экспертов по поддерживающему надзору проводит углубленный систематический обзор. Мероприятия включают проверку качества отчетности и анализа по когортным группам; качества ежеквартального отчета; дополнительную сверку регистрационных журналов; систематическую выборку медицинских карт пациентов для оценки качества противотуберкулезной помощи и проверки качества основных индикаторов.

Как один из инструментов для рассмотрения имеющейся информации по ТБ, а также структуры, функции, результатов и воздействия ТБ программы на систему здравоохранения в целом используется *ситуационный анализ*, что позволяет определить сильные и слабые стороны программы, ее пробелы. Чаще используется национальными экспертами перед подготовкой стратегического плана и при составлении заявок на финансирование в донорские организации, а также для предоставления информации при внешнем обзоре программы.

Во время подготовки многолетнего стратегического плана НТП РК 1 раз в 5 лет *делает запрос на внешние обзоры программы*. Для этого формируется команда международных и национальных экспертов по управлению программами или специалистов по техническим аспектам, партнеров по реализации на местном уровне, персонала программы из министерства здравоохранения, представителей гражданского общества и донорских организаций.

Вновь созданная команда экспертов используют согласованные инструменты для изучения документации, наблюдения за деятельностью, проведения интервью с ключевыми источниками информации, в том числе с медицинским персоналом, клиентами, другими поставщиками медицинских услуг и членами добровольных гражданских и общественных организаций. Окончательный отчет, содержащий ключевые выводы и рекомендации для правительства и заинтересованных сторон используется при последующем планировании.

Как один из методов мониторинга в НТП РК используется система динамического и комплексного слежения за эпидемическим процессом ТБ на все территории РК в целях рационализации и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий по ТБ. На уровне страны проводится непрерывный сбор, передача и анализ эпидемиологически значимой информации по ТБ, постоянная диагностическая оценка эпидемиологической ситуации и тенденций ее развития, разработка на этой основе оптимальных управленческих решений.

2.4.3. Существующие проблемы МиО

- Обеспечение внедрения и сопровождения системы требует укрепления кадрового состава подразделений ОМО и МиО при НЦПТ и на областном уровне.
- Недостаточный уровень знаний работников ОМО и МиО о современных средствах статистического анализа и интерпретации данных, используемых в системе.
- Недостаточное техническое обеспечение ОМО и отделов МиО современными компьютерами и высокоскоростным интернетом.

2.4.4 Пути решения:

- Внесение дополнений в приказ № 238 от 07.04.2010г. «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» - об освобожденных группах МиО и штатных единиц, ответственных за ведение НРБТ на национальном, областном и районном уровн
- Обучение лиц, ответственных за ведение национального регистра базы ТБ (в том числе из пенитенциарной системы), навыкам ввода, анализа и представления данных.
- Обеспечение интернет-связью и компьютерами бактериологических лабораторий, аптек и организационно-методических отделов ПТО и учреждений УИС.

2.5. Фармакологический надзор: механизм планирования, закупа, хранения и распределения ПТП

В Республике Казахстан потребность в ПТП составляется на три года с ежегодным согласованием перечня, объемов и бюджета закупаемых ПТП. Самым убедительным методом оценки лекарственной потребности в ПТП для обоснования бюджетных запросов на закупку препаратов является метод «по числу зарегистрированных случаев», который основан на прогнозе уровня заболеваемости, что требует достоверных данных по зарегистрированным случаям и используемым схемам лечения. Расчет годовой потребности в ПТП проводится по утвержденной методике.

После определения потребности ПТП в каждом регионе ежегодно до 1 марта формируется заявка «Потребность в противотуберкулезных препаратах» в рамках бюджетной программы 010-101 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на закуп лекарственных средств» и направляется в электронной версии MS Excel по электронной почте (оригинал с сопроводительным письмом – по почте) в НЦПТ для согласования.

Сводная потребность в ПТП по программе 010-101 «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на закуп лекарственных средств» формируется НЦПТ на основании представленных потребностей Управлений здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы. Для окончательного утверждения и подтверждения заявок регионов сводная потребность передается в МЗ до 1 апреля предыдущего планируемому году.

Предельные цены на лекарственные средства, закупаемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) через единого дистрибьютора, ежегодно пересматриваются и утверждаются приказом МЗ РК. Из средств республиканского бюджета (РБ) закупаются все наименования ПТП для лечения ТБ и М/ШЛУ ТБ. С 2015 года в перечень закупаемых лекарственных средств через единого дистрибьютора будут включены детские дозировки ПТП 1 ряда.

Закуп ПТП из РБ регламентирован Постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» и осуществляется путем проведения тендера с использованием двухэтапных процедур через единого дистрибьютора «СК-Фармация».

На первом этапе проводятся следующие мероприятия:

- создание комиссии единым дистрибьютором или организатором закупа медицинской техники;
- объявление о проведении тендера с использованием двухэтапных процедур;
- прием, вскрытие и рассмотрение заявок потенциальных поставщиков;
- допуск потенциальных поставщиков к процедуре определения наименьшей цены;

На втором этапе осуществляются мероприятия по определению наименьшей цены.

Заказчики ПТП (областные/городские управления здравоохранения) не позднее десяти рабочих

дней со дня получения нотариально засвидетельствованных копий протокола об итогах тендера с использованием двухэтапных процедур по закупке медицинской техники должны заключить договоры закупки медицинской техники с победителями тендера.

Договор поставки по результатам тендера с использованием двухэтапных процедур заключается единым дистрибьютором. Годовой объем ПТП можно разделить на ежемесячные, либо ежеквартальные поставки.

Остаточный срок годности на момент поставки товара, имеющего общий срок годности менее двух лет, должен составлять не менее тридцати процентов от общего срока годности на момент поставки. Для товара со сроком годности не менее двух лет остаточный срок годности должен составлять не менее восьми месяцев на момент поставки.

ПТП 2 ряда по линии Глобального фонда после необходимой таможенной проверки поступают на склад временного хранения логистического центра, откуда распределяются во все области и города РК.

На всех уровнях распределения препараты и запасы хранятся на аптечных складах областных\городских\региональных противотуберкулезных диспансеров. Остатки лекарств на всех уровнях пересматриваются ежемесячно и корректируются при необходимости. Дальнейшее распределение препаратов на районные уровни и в медицинские учреждения проводится ежемесячно либо ежеквартально по требованиям/накладным. При составлении требования учитывается месячный расход ПТП.

Распределение препаратов в учреждения ПМСП для лечения пациентов на амбулаторном этапе проводится ежемесячно согласно требованиям/накладным (с резервным запасом не менее 25% от месячной потребности).

Хранение лекарственных средств, в том числе и противотуберкулезных препаратов, регламентируется Постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 декабря 2011 года № 1595 «Об утверждении Правил хранения и транспортировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в условиях, обеспечивающих сохранение их безопасности, эффективности и качества».

Использование лекарственных средств регулярно контролируется на предмет рационального использования и профилактики истечения сроков годности. Для управления запасами используется метод FEFO (первого истечения срока годности). Имеется установленная система учета и отчетности запасов, которая позволяет программному руководству планировать распределение, расходовать продукцию и избегать истечения срока годности. Как минимум 1 раз в год специалисты НЦПТ проводят мониторинг управления всех лекарственных запасов во время мониторинговых визитов. Сбор данных для мониторинга проводится по специальным контрольным листам и основывается как на проверке документов по потреблению лекарств, так и на физической проверке товаров: записи, баланс запасов, движение препаратов и приверженность к схеме лечения, уровни потребления, отчеты по лекарственному менеджменту и т.д. Помимо этого с мест на ежемесячной основе собираются отчеты ТБ 13 по приходу, распределению и использованию ПТП для последующего анализа и корректировки. Полученная информация по ежемесячному потреблению лекарств сопоставляется с выполнением плана набора пациентов на лечение.

В результате внедрения аптечного компонента Электронного регистра больных ТБ с 2014 года планируется получение отчетных форм по движению и остаткам ПТП в режиме он-лайн.

Мониторинг побочных действий (далее - ПД) лекарственных средств в РК внедрен с 2005 года в соответствии с Законом «О лекарственных средствах» и приказа МЗ РК №52 от 14.02.2005 года. В 2008 году Казахстан принят полноправным членом Международной программы ВОЗ по мониторингу ПД ЛС (WHO Programme Members). Начиная с начала 2009 года начался новый этап развития фармаконадзора, который направлен на совершенствование и гармонизацию требований нормативно-правовых документов в контроле безопасности лекарственных средств. Ранее согласно Приказу МЗ РК от 14 февраля 2005г. №52 «Об утверждении Инструкций по проведению мониторинга побочных действий лекарственных средств» сообщать о побочных действиях лекарственных средств могли только медицинские или фармацевтические работники. С ноября 2009 года в соответствии с приказом МЗ РК № 647 от 03.11.09г «Об утверждении Правил проведения мониторинга побочных действий лекарственных средств в медицинских и фармацевтических организациях» мониторинг ПД ЛС проводится:

- в медицинских и фармацевтических учреждениях;
- во время проведения клинических исследований;
- владельцами регистрационных удостоверений.

В каждой медицинской организации, включая учреждения ПМСП, проводится сбор и регистрация спонтанных карт-сообщений на любой случай ПД действия лекарственных средств. Оригиналы карт-сообщений, заполненные лечащими (участковыми) врачами, передаются лекарственными координаторами по почте в уполномоченный орган (территориальные филиалы Комитета фармацевтического контроля, либо в лекарственный отдел управлений здравоохранения, либо в отдел мониторинга ПД лекарственных средств Национального центра экспертизы лекарственных средств).

Конечной целью фармаконадзора и мониторинга ПД лекарственных средств является защита безопасности пациента путем непрерывного изучения баланса польза/риск лекарственной терапии, своевременного выявления и установления повышения частоты тяжелых и нежелательных реакций на лекарство.

Система фармаконадзора обеспечивает изучение и оценку данных об отсутствии терапевтического эффекта, неправильном, то есть с нарушением условий, утвержденных при регистрации, применении лекарственных средств и случаях злоупотребления ими, взаимодействиях с другими лекарственными препаратами или другими взаимодействиями, если такие данные могут повлиять на оценку соотношения польза/риск.

В Казахстане деятельность по фармаконадзору и мониторингу побочных действий лекарственных средств проводится Комитетом контроля фармацевтической и медицинской деятельности (далее – Комитет) и Республиканское государственное предприятие «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» (РГП «НЦЭЛС, ИМН и МТ»).

Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК осуществляет фармаконадзор, принимая регуляторные меры такие, как:

- ограничение в применении лекарственного препарата;
- приостановление маркетинга;
- внесение изменений в инструкцию по медицинскому применению;
- отзыв с рынка, запрещение производства, дистрибуции и применения препарата в РК.

Регуляторные меры Комитет принимает на основании рекомендаций РГП «НЦЭЛС, ИМН и МТ», который является экспертной организацией при осуществлении государственной регистрации лекарственных препаратов в РК и уполномоченной организацией по проведению мониторинга ПД лекарственных средств.

РГП «НЦЭЛС, ИМН и МТ» проводит сбор, анализ сообщений о подозреваемых ПД лекарственных средств, изучает причинно-следственную связь между развитием нежелательной реакции и приемом препарата.

НЦПТ проводит рутинный сбор информации обо всех зарегистрированных случаях ПД ПТП на ежемесячной основе.

С 2013 года в результате совершенствования лекарственного компонента Национального Регистра больных ТБ будет внедрена компьютеризованная система управления персональными данными о переносимости каждого препарата. Для этой цели были внесены изменения в учетные формы ТБ01 и ТБ01-кат IV в части расширения информации в листе непосредственно-контролируемое лечение (НКЛ) – введены отметки на каждый препарат, в том числе и на любые случаи отмены препарата.

Нормативная база, регулирующая фармаконадзор и мониторинг побочных действий лекарственных средств в РК:

Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения (с изменениями и дополнениями по состоянию на 19.01.2011 г.):

Статья 84. Запрещение, приостановление или изъятие из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники

Уполномоченный орган может запретить или приостановить применение, реализацию или производство лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, а также принять решение об изъятии из обращения в случаях:

- Несоответствия лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники требованиям технических регламентов и нормативных документов по стандартизации;
- Выявления ПД лекарственных средств, опасных для здоровья человека, не указанных в инструкции по применению лекарственного средства;
- Обнаружения в процессе применения изделий медицинского назначения или медицинской техники дефектов конструкции, принципа действия, производственного исполнения, влияющих на безопасность их применения;
- Нарушения утвержденного процесса производства лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, влияющего на качество, безопасность

- и эффективность их применения;
- Имеющихся данных о нанесении вреда здоровью пациента или потребителя в связи с применением лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- получения данных о недостаточности научно-технического уровня технологии производства и контроля качества, обеспечивающих снижение уровня безопасности применения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники.

Порядок запрета, приостановления или изъятия из обращения устанавливает уполномоченный орган.

Статья 85. Мониторинг ПД лекарственных средств

- Мониторинг ПД лекарственных средств проводится в медицинских и фармацевтических организациях в порядке, утвержденном уполномоченным органом.
- Субъекты здравоохранения обязаны письменно информировать уполномоченный орган о фактах проявления особенностей взаимодействия лекарственного средства с другими медикаментами и их ПД, в том числе не указанных в инструкции по применению лекарственного средства.

Сильные стороны:

- Наличие утвержденного документа по расчету потребности ПТП для лечения больных ТБ, МЛУ/ШЛУ ТБ.
- Все регионы гражданского сектора обучены методике расчета потребности ПТП.
- Обеспечение своевременного и централизованного закупа всех необходимых ПТП через единого дистрибьютора.
- Отсутствие перерывов в обеспечении ПТП из Республиканского бюджета.
- Во всех ПТО соблюдаются условия хранения ПТП.
- Проводится мониторинг побочного действия ПТП.
- Разработана электронная система слежения за приходом, расходом и остатками ПТП в режиме он-лайн (аптечный компонент ЭРБТ).
- Во всех регионах гражданского сектора определены ответственные лица за координацию мероприятий по лекарственному обеспечению больных туберкулезом.

Слабые стороны:

- ПТП, закупаемые из республиканского бюджета, не входят в преквалифицированный список ВОЗ.
- Не закупаются из Республиканского бюджета детские дозировки ПТП первого ряда.
- Лекарственные средства, используемые для профилактики и купирования побочных реакций ПТП на амбулаторном этапе лечения, не включены в перечень ГОБМП.
- Нет освобожденных специалистов – координаторов по лекарственному обеспечению.
- Члены формулярной комиссии ПТО не обучены методам оценки и анализа лекарственного обеспечения больных туберкулезом.
- Не проводится систематический контроль качества ПТП на этапах распределения и

использования.

- Нет Руководства по менеджменту ПТП в РК.

Пути решения:

- Разработка механизма закупа ПТП, входящих в преквалифицированный список ВОЗ.
- Расширение существующего списка закупаемых ПТП с регистрацией и последующим закупом из средств РБ.
- Включение симптоматических и патогенетических средств в приказ МЗ РК № 786 от 4 ноября 2011 г. "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с
- Разработка и утверждение штатных нормативов по группе МиО, включая лекарственных координаторов.
- Обучение членов формулярных комиссий методам оценки и анализа лекарственного обеспечения больных ТБ
- Разработка и утверждение пострегистрационной системы контроля качества ПТП первого и второго ряда, закупаемых в стране
- Разработка руководства по менеджменту ПТП в РК

2.6. Оценка Национального Стратегического Плана по контролю над ТБ 2007-2012 гг

Недавняя оценка НТП и национального контроля, профилактики и помощи при ТБ за период 2007-2012 г.г., проведенная в мае 2012 г. в Казахстане, определила множество сильных сторон и возможностей, но также выявила слабые стороны и проблемы, которые необходимо решить в будущем.

2.6.1. Сильные стороны:

- Всесторонняя поддержка со стороны Президента РК и Правительства в вопросах оказания противотуберкулезной помощи населению.
- Наличие государственных документов, регламентирующих и обеспечивающих возможности реализации противотуберкулезных мероприятий.
- Регулярное обсуждение проблем ТБ на совещаниях национального и регионального уровней.
- Достаточное финансирование для закупа ПТП первого, второго и третьего ряда из государственного бюджета (82% ПТП 2 ряда в 2012 г. закуплены из республиканского бюджета, 18% из гранта ГФ в гражданском секторе здравоохранения; в пенитенциарном секторе - 24% и 76% соответственно).
- Хорошо развитая инфраструктура противотуберкулезных учреждений.
- Наличие Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» и Национальных Руководств по лечению ТБ, и МЛЮ-ТБ в РК в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Наличие Постановления Правительства РК от 30 октября 2009 года № 1729 "Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи".
- Наличие приказов МЗ РК по оказанию помощи больным ТБ, М/ШЛЮ-ТБ и ТБ/ВИЧ.

- Имеется успешный опыт контроля ТБ в РК, а также опыт по реализации программ по лечению МЛУ-ТБ.
- Проводится усовершенствование бактериологических лабораторий национального и регионального уровней путем установки нового оборудования, применения современных ускоренных методов диагностики ТБ и МЛУ-ТБ.
- Хороший уровень лекарственного менеджмента с обеспечением своевременного и централизованного закупа всех необходимых ПТП через единого дистрибьютора.
- Лечение больных МЛУ-ТБ организовано во всех регионах страны, включая пенитенциарный сектор с охватом лечения ПТП 2 ряда у 86,9% больных МЛУ-ТБ.
- Больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ хирургическая помощь оказывается 16 хирургическими отделениями на 705 коек. В 2012 году проведено 1428 операций.
- Все больные ТБ добровольно тестируются на ВИЧ.
- Дети, страдающие ТБ и МЛУ-ТБ, получают стандартные схемы химиотерапии.
- В РК уделяется внимание улучшению ИК в противотуберкулезных учреждениях. Создана рабочая группа по ИК. В штатном расписании каждого стационара общелечебной сети и противотуберкулезных учреждений имеются эпидемиологи, отвечающие за ИК. На уровне департамента ГСЭН имеются эпидемиологи, курирующие вопросы ТБ.
- Существует единый национальный регистр больных ТБ, в том числе и М/ШЛУ-ТБ. Регистр заполняется в районных, областных противотуберкулезных учреждениях и суммируется в НЦПТ на основании утвержденных учетно-отчетных форм по ТБ.
- Мониторинг и оценка противотуберкулезных мероприятий проводится на национальном, областном, районном и учрежденческом уровнях на индикаторной основе. Разработаны контрольные листы по всем аспектам.
- В ходе мониторинговых визитов оказывается консультативная и организационно-методическая помощь, осуществляется контроль определения потребности в ПТП, их рационального использования и хранения; оценивается эффективность противотуберкулезных мероприятий, даются практические рекомендации по решению конкретных проблем.
- НЦПТ проводит регулярный мониторинг реализации ТБ программы, а также мероприятий по менеджменту лекарственно-устойчивых форм ТБ в регионах и областях РК.
- Проводится регулярное обучение специалистов, задействованных в МиО.
- Имеются специализированные учреждения (колонии) в системе УИС МВД РК, где оказывается противотуберкулезная помощь осужденным, больным ТБ.
- Разработаны стратегии по раннему выявлению больных ТБ, включая активный скрининг с использованием флюорографии и микроскопии мокроты. Развита сеть микроскопических лабораторий.

2.6.2. Слабые стороны оказания противотуберкулезной помощи населению:

- Существующая система финансирования основана на выполнении стационарного койко-дня, а не на показателе успешного излечения ТБ. Данная система финансирования способствует длительному нахождению больных ТБ на стационарном лечении.
- Лечение детей, страдающих ТБ и МЛУ-ТБ, в основном проводится в стационарах на протяжении всего курса лечения, что обусловлено невозможностью их обучения на амбулаторном этапе и наличием большого количества противотуберкулезных

стационаров для детей.

- Амбулаторное лечение больных ТБ и МЛУ-ТБ нуждается в существенном расширении с обеспечением психо-социальной поддержки уязвимым группам больных.
- Необходимо финансирование для улучшения материально-технической базы бактериологических лабораторий, закупа современного оборудования и бесперебойного обеспечения реактивами и расходными материалами методов ВАСТЕС, HAIN и GeneXpert для осуществления ускоренной диагностики ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- ПТП 2 ряда, закупаемые из республиканского бюджета, не входят в преквалифицированный список ВОЗ.
- Лекарственные средства, используемые для профилактики и купирования побочных реакций ПТП на амбулаторном этапе лечения, не включены в перечень ГОБМП.
- Нет единых программ социального мотивирования больных ТБ и медицинских работников к проведению лечения в амбулаторных условиях на регулярной основе.
- Недостаточная хирургическая активность при лечении больных М/ШЛУ-ТБ. Качество хирургического лечения не отвечает современным требованиям из-за недостаточного уровня знаний по фтизиатрии у фтизиохирургов и острой нехватки современного оборудования для хирургического вмешательства и послеоперационного ведения больных.
- Недостаточный охват АРТ больных с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ.
- Несовершенство законодательного механизма и подзаконных актов об изоляции и принудительном лечении больных туберкулезом с заразной формой, уклоняющихся от лечения.
- Противотуберкулезные стационары не соответствуют требованиям ИК. Действующие санитарные нормы и правила не отражают современных подходов ИК.
- Все стационары в стране, предназначенные для оказания паллиативной помощи больным, страдающим неизлечимыми заразными формами ТБ, также не отвечают требованиям ИК.
- Недостаточное вовлечение неправительственных организаций (далее НПО) в реализацию противотуберкулезных мероприятий.
- Отсутствие утвержденных групп по мониторингу и оценке на национальном и областном уровнях. Существующих ресурсов организационно-методических отделов противотуберкулезных учреждений недостаточно для проведения эпидемиологического надзора и статистического анализа.
- Имеются серьезные проблемы оказания противотуберкулезной помощи внутренним и внешним мигрантам, включая их ограниченный доступ к диагностике и лечению ТБ.
- Отсутствуют постоянно действующие учебные центры по обучению специалистов сети ПМСП, ДГСЭН и УИС менеджменту ТБ и М/ШЛУ-ТБ
- Не проводятся учебные курсы для врачей ПТО, ПМСП и СПИД-Центров по ведению больных, страдающих ТБ/ВИЧ.
- Требуется коренного пересмотра штатное расписание бактериологической службы в связи с внедрением передовых инновационных лабораторных технологий (ВАСТЕС, Hain-test, G-Xpert).
- Нуждается в пересмотре штатное расписание отделений для лечения больных М/ШЛУ-ТБ и паллиативного лечения.
- Наблюдается дефицит врачебных квалифицированных кадров в гражданском и пенитенциарном секторах из-за отсутствия устойчивых программ по их привлечению.
- Отсутствует стимулирование сотрудников к научным исследованиям и, как следствие,

дефицит научных кадров.

Все вышеперечисленные проблемы, в итоге, являются основными факторами, препятствующими улучшению эпидемиологической ситуации по ТБ.

2.6.3. Благоприятные возможности для реализации противотуберкулезных мероприятий:

- Тесное сотрудничество с международными донорами, партнерами, НПО может благоприятно сказаться на распространении передового опыта в диагностике и лечении МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ.
- Сотрудничество с Национальными ТБ Программами соседних стран позволит обмениваться опытом и научно-практическими наработками.
- Более активное участие гражданского общества может повлиять на осведомленность населения о ТБ, мерах его профилактики и своевременной диагностики.
- Применение экспресс-методов диагностики ТБ и МЛУ-ТБ позволит начать адекватное лечение больных в более ранние сроки, а также будет способствовать снижению уровня нозокомиальной передачи ТБ и МЛУ-ТБ в стационарах.
- Широкое применение подходов, ориентированных на пациента, будет способствовать снижению неблагоприятных исходов лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ, что, в свою очередь, снизит трансмиссию ТБ среди населения.
- Помощь ТБ программы гражданской сектору пенитенциарному в области диагностики и лечения МЛУ-ТБ позволит остановить рост первичной и вторичной лекарственной устойчивости среди осужденных.
- Адекватное лечение АРТ больных ТБ/ВИЧ позволит снизить уровень смертности и лекарственной устойчивости.

2.6.4. Угрозы для реализации противотуберкулезных мероприятий:

- Увеличение стоимости лечения ТБ и МЛУ-ТБ пациентов (стоимость препаратов, а также общая стоимость лечения) может неблагоприятно повлиять на охват лечением больных М/ШЛУ-ТБ.
- Низкое качество лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ может привести к росту М/ШЛУ-ТБ, а также формированию неизлечимых форм ТБ.
- Рост ВИЧ-инфицированности может стать катализатором увеличения заболеваемости ТБ среди населения страны.
- Неконтролируемый прием АРТ больными ТБ/ВИЧ может привести к росту уровня устойчивости к АРТ и смертности.

3. Цель и задачи Комплексного плана, 2014-2020

Видение: Казахстан – страна, свободная от туберкулеза

Целью данного Комплексного плана является определение миссии и видения программы борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан на 2014-2020 годы, а также определение стратегий, мероприятий и целевых показателей для оценки прогресса.

Цель Комплексного плана: Снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза в Республике Казахстан. Снижение показателя смертности от туберкулеза до 5,8 на 100 тысяч населения к 2020 году. Снижение показателя заболеваемости туберкулезом на 50% в 2020 году по сравнению с 2010 годом. Добиться 100% охвата лечением больных М/ШЛУ ТБ в 2020 году.

3.1. Введение

В контексте текущих реформ здравоохранения в Республике Казахстан, усилия МЗ направлены на реформирование системы борьбы с ТБ в стране в сотрудничестве со многими отечественными и международными партнерами. Цели и стратегические меры, определенные в этом документе, являются логическим продолжением положений Государственной программы развития здравоохранения защиты «Саламатты Казахстан» в Республике Казахстан на 2011-2020 годы и скоординированы с рекомендациями ВОЗ и ревью НПТ, проведенным ВОЗ в 2012 г., а также рекомендациями Всемирного банка.

Данный план предусматривает расширение быстрых методов диагностики и амбулаторного лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ, внедрение ориентированных на пациента подходов по улучшению результатов лечения путем привлечения общин и удовлетворения особых потребностей групп высокого риска и уязвимых слоев населения (заключенные, ЛЖВ, трудовые мигранты) и в конечном счете, укрепление управления программой, мониторинга и оценки.

Реализация Комплексного плана позволит кардинально улучшить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в Республике Казахстан, выражающуюся в снижении показателя заболеваемости, смертности и инвалидности от туберкулеза в гражданском секторе и пенитенциарной системе, стабилизации уровня лекарственной устойчивости, предупреждении развития и распространения ТБ/ВИЧ в соответствии с Целями Развития Тысячелетия, поставленными ВОЗ.

В результате мобилизации всех ресурсов и возможностей по выявлению, диагностике и лечению ТБ в 2014-2020гг., ожидается снижение показателя смертности от ТБ в стране в 2013г. - до 6,5; в 2014г.- до 6,4; в 2015г.- до 6,3; 2016г. - до 6,2; 2017 г.- до 6,1; 2018 г.- до 6,0; 2019г. - до 5,9; 2020г.- до 5,8 на 100 тыс. населения.

Снижение основных эпидемиологических показателей по ТБ будет достигнуто путем улучшения интеграции всех служб здравоохранения, ведомств (МВД, МО, МТиСЗ, МИиК, МОиН), международных доноров и неправительственных организаций (НПО), что приведет к своевременной диагностике всех форм ТБ, повышению эффективности лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ, снижению распространения лекарственно-устойчивых форм, созданию усовершенствованной системы электронного учета и отчетности, эффективной системы

мониторинга и оценки качества проводимых мероприятий.

Усиление мер инфекционного контроля будет способствовать предупреждению нозокомиального распространения туберкулеза и М/ШЛУ-ТБ.

Использование практики социального мотивирования больных ТБ из уязвимых слоев населения, а также медицинского персонала ПМСП и противотуберкулезной службы, позволит повысить приверженность к непрерывно-контролируемому лечению в этих целевых группах.

В последующем планируемые мероприятия приведут к повышению эффективности противотуберкулезной Программы:

- Будет достигнут 100% показатель охвата экспресс-диагностикой ЛУ-ТБ и лечением больных МЛУ-ТБ ПТП 2 ряда, 85% показатель «излечиваемости» среди новых случаев ТБ легких с положительным мазком и 75% - среди больных МЛУ-ТБ.
- Снизится число неблагоприятных исходов, «нарушителей» режимов лечения, рецидивов заболевания, нозокомиального распространения ТБ в противотуберкулезных учреждениях страны, включая пенитенциарную систему.
- Больные ТБ будут иметь равный доступ к учреждениям системы здравоохранения для прохождения необходимой диагностики и адекватного лечения, вне зависимости от их нахождения.
- Будет достигнуто 100% добровольное тестирование и консультирование на ВИЧ больных ТБ.

На реализацию данного Комплексного плана в 2014-2020 годах будут дополнительно направлены средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

3.2. Задачи

Данный документ состоит из 4 общих задач и 13 стратегических вмешательств. Описание основных стратегических вмешательств представлено в следующем разделе.

1. Реформирование противотуберкулезной службы Казахстана в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения с расширением амбулаторной и стационарозамещающей помощи больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
2. Улучшение доступа к современным эффективным технологиям диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ, а также улучшение профилактических мероприятий, включая пенитенциарный сектор и мигрантов.
3. Усиление систем инфекционного контроля, мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий, в том числе в пенитенциарном секторе.
4. Усиление межведомственного и межсекторального сотрудничества в борьбе с ТБ.

3.3. Описание задач, стратегических вмешательств и мероприятий для достижения целей и решения задач Комплексного плана

Задача 1. Реформирование противотуберкулезной службы Казахстана в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения с расширением амбулаторной и стационарозамещающей помощи больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

На начальном этапе реформирования противотуберкулезной службы планируется тщательный анализ нормативно-правовой базы. Основные изменения будут связаны с теми реформами, которые проводятся в системе здравоохранения страны и направлены: 1) на рациональное использование стационарных мощностей, за счет внедрения новых технологий и, как следствие, сокращение сроков госпитализации; 2) расширение амбулаторного лечения путем усиления сети ПМСП.

Немаловажным фактором реформирования противотуберкулезной службы страны будет законодательно гарантированная возможность сохранения существующих объемов финансирования противотуберкулезных мероприятий, осуществляемого государством, и использование этих ресурсов в приоритетных направлениях борьбы с ТБ, которые будут определены в процессе планируемых реформ.

Одним из важных направлений будет реформирование порядка оказания стационарной помощи больным ТБ. При этом планируется:

- пересмотр и определение четких критериев для госпитализации (наличие бактериовыделения; тяжелое состояние больного, требующее круглосуточного ухода);
- сокращение сроков госпитализации (на период бактериовыделения и/или до улучшения состояния тяжелых больных);
- внедрение новых, передовых технологий по диагностике и лечению ТБ и М/ШЛУ-ТБ, включая молекулярно-генетические.

Логичными результатами вышесказанного будет с одной стороны улучшенный доступ больных к качественной противотуберкулезной помощи, а с другой - высвобождение дополнительных ресурсов за счет сокращения нерациональных расходов.

Так же будет пересмотрен механизм финансирования стационаров с принципа финансирования по койко-дням на пролеченный случай. Это будет стимулировать менеджеров всех уровней более эффективно использовать койку (повысить оборот) в течение года и экономить значительные ресурсы (человеческие, финансовые, материально-технические). Всего в период 2014-2016 гг. поэтапно планируется сократить в противотуберкулезных учреждениях страны 4632 койки, что составляет 34,2% от общего коечного фонда, и 16 зданий. При этом минимальное сокращение планируется в 2014 году – 890 коек и максимальное – в 2016 году – 2150 коек.

Высвобожденные ресурсы планируется использовать следующим образом:

1. часть зданий будет перепрофилирована в санатории (2) и в стационары для оказания паллиативной помощи больным ТБ (1), а значительная часть будет передана в ведение местных властей для решения других приоритетных задач регионов (10). При этом, у

руководителей всех уровней будет возможность в оставшихся стационарах ПТО создать надлежащие санитарно-гигиенические условия для больных ТБ и персонала и повысить меры инфекционного контроля;

2. в связи с тем, что в настоящее время дефицит врачебных кадров составляет 15,1% (352 ед.) и прогнозируемая дополнительная потребность ежегодно будет составлять 11,7 – 16,7%, проблем с трудоустройством персонала сокращенных стационаров не ожидается. Дополнительно планируется расширение штатного расписания для: отделений паллиативной помощи ТБ больным, бактериологических лабораторий, организационно-методических отделов, мониторинга и оценки и диспансерных отделений и, по необходимости, предусмотреть их обучение и переобучение. Ожидается, что включение в штаты противотуберкулезных учреждений психологов и социальных работников с последующей их подготовкой позволит поднять на качественно новый уровень психосоциальную поддержку и повысить приверженность больных к лечению. Также следует отметить, что планируется разработка и утверждение законодательного акта, который улучшит доступ больных ТБ к социальной поддержке по месту жительства. Основную часть среднего персонала планируется перевести в диспансерные отделения для эффективной организации и проведения амбулаторного лечения;
3. финансовые ресурсы прежде всего будут направлены на внедрение стационарзамещающих технологий, усиление мер инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях, мотивацию больных к непрерывному лечению и стимулирование персонала противотуберкулезных учреждений.

Вторым важным направлением реформирования противотуберкулезной службы, связанным с реформой стационарного лечения, будет расширение амбулаторного лечения больных ТБ путем внедрения стационарзамещающих технологий и широкого вовлечения сети ПМСП.

В рамках второго этапа внедрения Единой системы здравоохранения в Республике Казахстан, с 2014 года планируется значительное повышение и укрепление роли ПМСП в системе здравоохранения в целом, путем увеличения объемов финансирования и совершенствования его механизмов. При этом ожидается 2-3-х кратное увеличение объема подушевого финансирования населения. Планируется усиление вовлеченности специалистов ПМСП в вопросы выявления и профилактики ТБ среди населения, путем включения их финансирования в подушевой норматив. Мотивировать специалистов ПМСП к проведению непосредственного контролируемого лечения больных ТБ в амбулаторных условиях планируется путем включения в стимулирующий компонент финансирования сети ПМСП. Планируется внедрение нескольких индикаторов оценки деятельности специалистов ПМСП в вышеуказанных вопросах (отсутствие отрывов от лечения, запущенных форм заболевания и т.д.). Внедрение стационарзамещающих технологий будет способствовать скорейшей реабилитации больных ТБ и снижению стигмы в обществе в целом.

Реформирование стационарного и амбулаторного этапов лечения больных ТБ планируется начать с пилотных проектов в четырех регионах (Жамбылская, Кызылординская, Актюбинская области и г. Астана). При этом будет использован опыт пилотного проекта «Расширенное амбулаторное лечение больных туберкулезом», реализуемого в Акмолинской области с 2012 года, при финансовой поддержке ЮСАИД США. По результатам пилотов будет разработан и утвержден план поэтапного их расширения на другие регионы.

Подход к реформированию противотуберкулезной службы Республики Казахстан, направлен на улучшение качества оказываемых услуг путем:

- расширения амбулаторного лечения больных ТБ: внедрение стационар замещающих технологий, мотивации пациентов и персонала;
- рационализации стационарной помощи: сокращение малоэффективных маломощных и укрепление крупных, эффективных, многопрофильных стационаров,
- внедрение новых технологий в диагностике и лечении ТБ, включая М/ШЛУ-ТБ;
- реформирование противотуберкулезной службы скоординировано с проектом Всемирного Банка и реформами, осуществляемыми в системе здравоохранения страны.

Стратегическое вмешательство 1.1. Реформирование противотуберкулезной службы Казахстана в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения

- 1.1.1 Сокращение противотуберкулезных коек на уровне районов
- 1.1.2 Перепрофилирование стационаров с развитой инфраструктурой в учреждения реабилитационной и паллиативной помощи (санатории, хосписы) областного и республиканского уровней.
- 1.1.3 Изменение организационно-правовой формы учреждений противотуберкулезной службы с переводом на предприятия хозяйственного ведения (ПХВ).
- 1.1.4 Разработка приказа по введению дифференцированной оплаты труда специалистов противотуберкулезной службы.

Стратегическое вмешательство 1.2. Совершенствование ведения ТБ на амбулаторном этапе лечения в ПТУ и сети ПМСП

- 1.2.1 Совершенствование нормативно-правовых актов для ПМСП и противотуберкулезной службы РК в связи с пересмотром существующей модели предоставления услуг для больных ТБ.
- 1.2.2 Разработка и утверждение положения о дневных стационарах, стационарах на дому, и амбулаторном лечении больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- 1.2.3 Введение в штат ПТУ социальных работников и психологов.

Стратегическое вмешательство 1.3. Реформирование финансирования противотуберкулезной службы

- 1.3.1 Проведение анализа финансирования и бюджетирования противотуберкулезных мероприятий для разработки и внедрения новых подходов при расширении амбулаторного лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- 1.3.2 Разработка и утверждение рационального механизма финансирования и бюджетирования противотуберкулезных мероприятий при переходе на амбулаторное лечение ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- 1.3.3 Внедрение новой модели финансирования стационарного этапа диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ ориентированного на пролеченный случай.
- 1.3.4 Внедрение новой модели финансирования в другие регионы страны на основании полученных результатов пилотных проектов.
- 1.3.5 Разработка механизма финансирования противотуберкулезной службы по

- принципу «глобального бюджета».
- 1.3.6 Перераспределение высвобождающихся финансовых средств (за счет сокращения коечного фонда) на новые технологии лечения и профилактики ТБ, психосоциальную поддержку больных на амбулаторном этапе лечения и стимулирования фтизиатров.
 - 1.3.7 Разработка и утверждение медико-экономических тарифов и клинико-затратных групп диагностики и лечения туберкулеза и М/ШЛУ-ТБ. Внесение изменений в портал Бюро Госпитализации.

Задача 2. Улучшение доступности современных эффективных технологий диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ, усиление профилактических мероприятий, в том числе в пенитенциарном секторе и среди мигрантов

Стратегическое вмешательство 2.1. Обеспечение доступа к современным технологиям диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ

Данное стратегическое вмешательство включает в себя разработку нормативно–правовых актов для специалистов ПТУ и ПМСП, а также определение новых индикаторов измерения прогресса по ТБ и МЛУ-ТБ. Также предусмотрено проведение тренингов, семинаров и других образовательных мероприятий, направленных на развитие потенциала специалистов на различных уровнях системы здравоохранения, участвующих в борьбе с ТБ.

Оно направлено на разработку протоколов, стандартов и руководящих принципов, необходимых для внедрения новых диагностических экспресс-методов. Кроме того, это стратегическое вмешательство включает в себя анализ текущей ситуации и оценку потребностей в технологии и расходных материалах в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения с организацией централизованного закупа оборудования и расходных материалов для всех бактериологических лабораторий (Gene Xpert и HAIN) в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения. Особое внимание уделяется обеспечению внешнего контроля качества всех бактериологических лабораторий. Нарращивание кадрового потенциала лабораторий будет осуществляться на регулярной основе. Кроме того, будет проведена оценка знаний и навыков персонала лаборатории и нагрузки на них с учетом обслуживания пенитенциарной системы здравоохранения.

Стратегическое вмешательство также включает в себя мероприятия для обеспечения качественного лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ в соответствии с международными рекомендациями и индивидуального режима лечения в пилотных проектах, основанного на данных ТЛЧ. Существующий список ПТП будет расширен новыми препаратами, в частности, для лечения М/ШЛУ-ТБ. На основании полученных результатов пилотного проекта будут внесены дополнения в приказ № 218 от 25.04.2011г.

В данном стратегическом вмешательстве предусмотрено также улучшение качества хирургического лечения ТБ путем наращивания потенциала фтизиохирургов по новым технологиям. За счет реформирования коечного фонда будет осуществляться закуп современного хирургического оборудования.

Будут внесены дополнения в НПА по обеспечению доступа к бесплатной диагностике и лечению побочных эффектов ПТП. Будет закуплено оборудование и расходные материалы для

диагностики и лечения побочных эффектов ПТП на амбулаторном этапе лечения.

Также предусмотрено бесперебойное обеспечение ПТП первого и второго ряда с созданием системы пострегистрационного контроля качества. Препараты в детских дозировках будут закупаться за счет государственного бюджета.

- 2.1.1 Разработка руководства по диагностике ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- 2.1.2 Внесение дополнений и изменений в штатное расписание лабораторий противотуберкулезных учреждений, в т.ч. УИС.
- 2.1.3 Разработка нормативного документа по кадровой политике с учетом профиля базового образования.
- 2.1.4 Проведение оценки материально-технического состояния и определение потребности в современном оборудовании и реагентов для ускоренной диагностики ТБ и МЛУ-ТБ, включая УИС.
- 2.1.5 Приобретение оборудования для экспресс исследований на ТБ и М/ШЛУ-ТБ в лабораториях противотуберкулезной службы, ПМСП и УИС:
 - Аппараты XpertMTB/RIF для областных и региональных ПТД, районных и межрайонных диспансеров и СИЗО;
 - Дополнительные аппараты БАКТЕК для НРЛ и региональных лабораторий
- 2.1.6 Приобретение реагентов для экспресс исследований (XpertMTB/RIF) на ТБ и М/ШЛУ-ТБ в лаборатории противотуберкулезной службы, ПМСП и УИС.
- 2.1.7 Приобретение реагентов для экспресс исследований (HAIN) на ТБ и М/ШЛУ-ТБ в лаборатории противотуберкулезной службы, ПМСП и УИС.
- 2.1.8 Разработка руководства по системе внешней оценки качества (ВОК) на используемые методы лабораторной диагностики ТБ и М/ШЛУ-ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения.
- 2.1.9 Обеспечение современным бактериологическим оборудованием, реагентами и расходными материалами.
- 2.1.10 Разработка критериев и внесение в штаты ПТУ должности специалиста-инженера сервисного обслуживания лабораторного оборудования.
- 2.1.11 Обучение специалистов лабораторий гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения методам диагностики ТБ.
- 2.1.12 Проведение оценки лабораторной службы в пенитенциарной системе.
- 2.1.13 Закуп реактивов и расходных материалов для БАКТЕК, ХАЙН тест бактериологической лаборатории УИС Карагандинской области и картриджи для GeneXpert в СИЗО.

Стратегическое вмешательство 2.2. Обеспечение эффективного лечения с оказанием психосоциальной поддержки больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

- 2.2.1 Расширение существующего списка закупаемых ПТП с регистрацией и последующим закупом линезолида, клофазимина и других ПТП.
- 2.2.2 Внедрение индивидуальных схем лечения больных М/ШЛУ-ТБ в пилотных проектах и НЦПТ.
- 2.2.3 Внесение дополнений в приказ МЗ РК №218 от 25.04.2011г. «О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом» по внедрению индивидуальных схем лечения М/ШЛУ-ТБ на основании результатов ТЛЧ.
- 2.2.4 Внедрение модели амбулаторного лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ.

- 2.2.5 Расширение модели амбулаторного лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ (результаты пилотных проектов) в другие регионы страны.
- 2.2.6 Приведение системы хирургического лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ в соответствие с современными международными требованиями и рекомендациями и с приоритетами реформы противотуберкулезной службы (включая проведение реструктуризации хирургических коек, обновление хирургического компонента в руководствах и нормативных документах, обучение хирургов, обеспечение оказания хирургической помощи в УИС).
- 2.2.7 Обеспечение современными методами диагностики побочных реакций ПТП и сопутствующих заболеваний на всех этапах лечения, включая пенитенциарную систему.
- 2.2.8 Внесение дополнений в Постановление Правительства РК от 2009 г. №2135 "Об утверждении Правил обеспечения лекарственными средствами граждан", по бесплатному обеспечению больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ симптоматическими и патогенетическими средствами.
- 2.2.9 Включение симптоматических и патогенетических средств в приказ МЗ РК № 786 от 4 ноября 2011 г. "Об утверждении Перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями (состояниями) и специальными лечебными продуктами».
- 2.2.10 Разработка руководства по оказанию паллиативной помощи больным ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения.
- 2.2.11 Обеспечение больных ТБ консультациями узких специалистов на всех этапах лечения.
- 2.2.12 Внесение дополнений в приказ МЗ РК от 14 марта 2011 г № 131 «Об утверждении положения о деятельности противотуберкулезных организаций» об определении потребности в ПТП для лечения и профилактики ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- 2.2.13 Разработка руководства по менеджменту ПТП в РК.
- 2.2.14 Обучение лекарственных координаторов гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения, специалистов по МиО, кураторов регионов по лекарственному менеджменту.
- 2.2.15 Закуп детских дозировок ПТП по бюджетной программе 010-101.
- 2.2.16 Разработка и утверждение пострегистрационной системы контроля качества ПТП первого и второго ряда, закупаемых в стране.
- 2.2.17 Обеспечение больных М/ШЛУ-ТБ ПТП второго и третьего ряда гарантированного качества, включая УИС.
- 2.2.18 Обучение членов формулярных комиссий методам оценки и анализа лекарственного обеспечения больных ТБ.
- 2.2.19 Оценка качества ПТП в условиях независимых лабораторий.

Стратегическое вмешательство 2.3. Профилактика туберкулеза

- 2.3.1 Совершенствование системы оценки эффективности работы специалистов ПМСП.
- 2.3.2 Разработка и утверждение программы по обучению фтизиопедиатров менеджменту ТБ и М/ШЛУ-ТБ.
- 2.3.3 Переиздание Руководства по лечению больных М/ШЛУ-ТБ.
- 2.3.4 Изучение причин низкой эффективности стандартного противотуберкулезного

- лечения больных с чувствительными формами МБТ в пенитенциарном секторе здравоохранения
- 2.3.5 Исследование по изучению эффективности методов ранней диагностики ТБ у детей и подростков (диаскинтест, квантифероновый тест).
 - 2.3.6 Расширение охвата новорожденных вакцинацией БЦЖ, по крайней мере, до 95% (новорожденных и младенцев).
 - 2.3.7 Систематизирование химиопрофилактики контактными детям.

Задача 3. Усиление систем инфекционного контроля, мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий, в том числе в пенитенциарном секторе.

Стратегическое вмешательство 3.1. Инфекционный контроль в противотуберкулезных учреждениях (ПТУ) и ПМСП.

Это стратегическое вмешательство включает в себя оперативные исследования по оценке риска внутрибольничного распространения туберкулеза в ПТУ и учреждениях ПМСП. В рамках этого стратегического вмешательства планируется обучение национальных координаторов по инфекционному контролю на международных тренингах и конференциях, подготовка инженеров, ответственных за обслуживание вентиляционных систем и других экологических мер, таких как биобезопасность. Будет обеспечено регулярное техническое обслуживание систем вентиляции на разных уровнях ПТУ, закупка УФ-ламп, термометров и их замена, калибровка и техническое обслуживание. Также предусмотрено бесперебойное обеспечение средствами личной защиты персонала ПТУ.

- 3.1.1 Проведение операционного исследования по оценке риска нозокомиального ТБ в ПТУ и учреждениях ПМСП с составлением рекомендаций по дальнейшей тактике действий.
- 3.1.2 Проведение технической ревизии систем механической вентиляции ПТУ, включая УИС.
- 3.1.3 Разработка инструкции по сортировке, госпитализации и изоляции больных ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения.
- 3.1.4 Разработка стандартного формата отчетной документации по ИК ТБ.
- 3.1.5 Установка эффективной системы механической вентиляции помещений ПТУ высокого риска.
- 3.1.6 Обеспечение больных туберкулезом огражденной зоной прогулок в 51 ПТУ
- 3.1.7 Круглосуточное обеспечение безопасности больных туберкулезом и медицинских работников в 12 ПТУ.
- 3.1.8 Обеспечение помещений высокого риска ПТУ экранированными бактерицидными облучателями и замена выработанных бактерицидных ламп в течение 4-х лет.
- 3.1.9 Приобретение для ОПТД UVC-метров, термоанемометров и датчиков подсчета частиц.
- 3.1.10 Приобретение наборов для фит-теста работников ПТУ.
- 3.1.11 Приобретение респираторов с эффективным фильтром для работников ПТУ.
- 3.1.12 Обеспечение контроля соблюдения отдельной госпитализации больных по эпидстатусу, цикличности заполнения палат и масочного режима в ПТУ.

Стратегическое вмешательство 3.2. Мониторинг и оценка противотуберкулезных мероприятий

Данное стратегическое вмешательство рассматривает улучшение системы мониторинга и оценки на областном и региональном уровне, внедрение международно-признанного стандарта диагностики ТБ, мероприятий по совершенствованию национальной системы учета и отчетности, ее обновление в электронном регистре больных ТБ и создание единой электронной системы с включением лабораторий и аптек, включая пенитенциарный сектор. Для специалистов гражданского (на национальном, областном и региональном уровне) и пенитенциарного сектора, задействованных в мониторинге и оценке, будут проведены обучающие семинары. Это стратегическое вмешательство включает в себя разработку протоколов для госпитализации и изоляции больных ТБ в гражданском и пенитенциарном секторе, а также стандартные формы учета и отчетности, связанные с этими мероприятиями.

Существующие учетно-отчетные формы по ТБ будут пересмотрены, а сотрудники противотуберкулезной программы будут обучены работе с ними. Специалисты, задействованные в эпидемиологическом надзоре, будут обучены анализу собранных данных для принятия решений.

- 3.2.1 Доработка программного обеспечения по всем компонентам НРБТ для создания консолидированной электронной базы больных ТБ для гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения.
- 3.2.2 Совершенствование учетно-отчетной документации и программного обеспечения по ведению больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ в on line режиме.
- 3.2.3 Обеспечение интернет-связью и компьютерами ПТУ и учреждений УИС.
- 3.2.4 Совершенствование индикаторов оценки мероприятий по М/ШЛУ-ТБ в электронном регистре.
- 3.2.5 Совершенствование мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий.

Стратегическое вмешательство 3.3. Усиление кадрового потенциала

- 3.3.1 Подготовка на соответствующих курсах специалистов по ИК ТБ Национального уровня.
- 3.3.2 Подготовка тренеров по ИК ТБ областного уровня.
- 3.3.3 Обучение на соответствующих курсах по ИК ТБ инженеров по системе вентиляции объектов здравоохранения.
- 3.3.4 Подготовка на международных курсах специалистов по обслуживанию боксов биологической безопасности.
- 3.3.5 Обучение специалистов группы мониторинга и оценки.
- 3.3.6 Обучение лиц, ответственных за ведение национального регистра базы ТБ (в том числе из пенитенциарной системы), навыкам ввода, анализа и представления данных.
- 3.3.7 Внесение дополнения в приказ МЗ РК от 07.04.2010 г. № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» - об освобожденных группах МиО и штатных единиц, ответственных за ведение НРБТ на национальном, областном и районном уровне.
- 3.3.8 Разработка критериев и внедрение методов поощрения медицинских работников всех категорий (врачей, мед. сестер и фельдшеров), ответственных за непосредственно-контролируемое лечение больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ во всех секторах (гражданском и пенитенциарном) и вовлеченных дисциплин

(психология, ПМСП, педиатрия, и т.д.).

Задача 4. Усиление межведомственного и межсекторального взаимодействия по борьбе с ТБ

Это стратегическое вмешательство включает в себя определение стандартов предоставления социальной поддержки группам высокого риска. В рамках мультидисциплинарного (МДК) подхода будут разработаны нормативные документы, регламентирующие работу с лицами групп высокого риска на основании опыта полученного в результате реализации международных проектов (модель Унисон – МДК подход). В пилотных регионах планируется внедрить программу «Спутник», направленную на повышение приверженности к лечению. Программа «Спутник» разработана международной неправительственной организацией «Партнеры во имя здоровья» и внедрена в г. Томск Российской Федерации. Программа осуществляется одной или несколькими бригадами, в состав которых входят медицинский персонал, ответственный за НКЛ, водитель и врач. А также привлекаются социальные работники и психологи. Бригада на специально выделенной машине осуществляет доставку и контролируемый прием препаратов в условленное пациентом месте. В программу включаются наиболее к лечению неприверженные пациенты из групп риска. Данная программа основана на создании максимально комфортных условий помочь пациентам закончить курс терапии. Персонал, задействованный в Спутнике, будет организовывать полностью контролируемое противотуберкулезное лечение в удобном для больного месте и времени. Пациенты Спутника будут получать социальную поддержку в виде дополнительного питания, помощь в оформлении документов, необходимые консультации на дому. Данная программа может со временем устранить необходимость в организации принудительного лечения. Для групп высокого риска будут разработаны информационно-образовательные материалы. Также будут разработаны протоколы ведения пациентов с ТБ/ ВИЧ.

Стратегическое вмешательство 4.1 Усиление межведомственного и межсекторального взаимодействия по борьбе с ТБ

- 4.1.1 Обеспечение выполнения надлежащих мероприятий по борьбе с туберкулезом в УИС.
- 4.1.2 Разработка и утверждение критериев и механизма оказания социальной помощи больным ТБ.
- 4.1.3 Решение вопроса об организации учебы больных ТБ, учащихся СШ, СУЗ и ВУЗ.
- 4.1.4 Обеспечение своевременного обследования на ТБ учащихся и персонала СШ, СУЗ и ВУЗ.
- 4.1.5 Усиление профилактики и информационно-образовательной работы с населением в учреждениях ПМСП путем привлечения СМИ.
- 4.1.6 Обеспечение информационно-образовательный материал (ИОМ) по вопросам ТБ всех заинтересованных организаций.
- 4.1.7 Проведение разъяснительных мероприятия по профилактике ТБ среди лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, совместно с ПТУ и ПМСП.
- 4.1.8 Обеспечение полного охвата флюорографическим обследованием целевых групп в сети ПМСП.
- 4.1.9 Проведение в полном объеме противоэпидемических мероприятий в очаге ТБ.
- 4.1.10 Усиление роли и ответственности учреждений ПМСП по поиску и направлению в ПТУ пациентов, отрывающихся от лечения, а также лиц, уклоняющихся от

обследования и лечения.

- 4.1.11 Оптимизация системы принудительного лечения больных ТБ, с соблюдением положений по правам человека и международной хартии по правам пациентов.

Стратегическое вмешательство 4.2. Обеспечение контроля за ТБ/ВИЧ в стране

- 4.2.1 Разработка Плана обучения координаторов МИО, врачей-инфекционистов Центров СПИД, врачей-наркологов, специалистов ПМСП по ведению и лечению пациентов с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ.
- 4.2.2. Разработка методических рекомендаций по ведению пациентов с ко-инфекцией: ТБ/ВИЧ и М/ШЛУ-ТБ/ВИЧ.
- 4.2.3 Разработка приказа по диагностике и симптоматическому лечению побочных эффектов АРТ и ПТП у больных ТБ/ВИЧ.
- 4.2.4 Активное проведение санитарно-просветительной работы среди населения по вопросам ко-инфекции ТБ/ВИЧ.
- 4.2.5 Проведение химиопрофилактики изониазидом пациентов ТБ/ВИЧ, включая детей.

Стратегическое вмешательство 4.3. Привлечение НПО в реализацию противотуберкулезных мероприятий в стране

- 4.3.1 Привлечение НПО в психо-социальную поддержку больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ из групп высокого риска.
- 4.3.2 Обучение НПО административному и финансовому менеджменту, вопросам мониторинга программной деятельности и анализу данных исследований по поведенческим факторам.
- 4.3.3 Разработка Положений об НПО по борьбе с ТБ, ТБ/ВИЧ и М/ШЛУ-ТБ.
- 4.3.4 Оказание технической помощи НПО в получении социального заказа по психо-социальной поддержке больных ТБ и усилению преемственности между гражданским и пенитенциарными системами.
- 4.3.5 Привлечение НПО в национальные региональные координационные советы по охране здоровья населения.

Стратегическое вмешательство 4.4. Оказание противотуберкулезной медицинской помощи внутренним и внешним мигрантам

Это стратегическое вмешательство определяет мероприятия, направленные на расширение доступа мигрантов (внутренних и внешних) к противотуберкулезной помощи. Первоначально будет проведена оценка бремени ТБ среди мигрантов. Разработанные нормативные документы будут определять доступ мигрантов к противотуберкулезной помощи. НПО будут мобилизованы к проведению непосредственно контролируемого лечения для данной группы риска. Планируется контролировать ситуацию с помощью конкретных показателей в Национальном плане по мониторингу и оценке. Будет создан финансовый механизм оказания диагностической и лечебной помощи внешним мигрантам. Казахстан будет инициатором международных встречи высокого уровня, направленных на решение проблем оказания противотуберкулезной помощи мигрантам.

- 4.4.1 Оказание помощи по разработке правовых и процессуальных рамочных соглашений и создания руководства по мигрантам.

- 4.4.2 Создание рабочей группы по разработке правовых и процессуальных рамочных соглашений.
- 4.4.3 Создание рабочей группы по разработке руководства по оказанию противотуберкулезной помощи мигрантам.
- 4.4.4 Страновые визиты сотрудников Европейского регионального бюро ВОЗ.
- 4.4.5 Обеспечение страновых визитов сотрудников головного офиса МОМ.
- 4.4.6 Проведение регулярных координационных встреч.
- 4.4.7 Организация тренингов для НПО, партнеров и сотрудников миграционных центров по разработке тестирования информационных материалов.
- 4.4.8 Проведение тренингов для команды тренеров по основам ТБ и его профилактике, вовлечению общин мигрантов, навыкам общения и мобилизации по профилактике ТБ и адвокации ТБ.
- 4.4.9 Проведение каскадных тренингов для сотрудников/волонтеров миграционных центров и аутрич/социальных работников НПО по основам ТБ, навыкам общения и социальной поддержки, больных ТБ мигрантов и членов их семей, приверженных к лечению ТБ.
- 4.4.10 Проведение каскадных тренингов для медработников по навыкам общения и социальной поддержки больных ТБ мигрантов и членов их семей, приверженных к лечению ТБ.
- 4.4.11 Проведение обучающих семинаров для миграционной службы, пограничной службы и работников полиции по основам ТБ, по минимальному пакету услуг для мигрантов с ТБ и новым правилам по мигрантам с ТБ.
- 4.4.12 Проведение совещаний высшего уровня с участием представителей соседних государств (ЦАР), ВОЗ и партнеров.
- 4.4.13 Оказание технической помощи по разработке индикаторов по ТБ у мигрантов и их интеграцию в стандартную систему МиО.
- 4.4.14 Оказание технической помощи по созданию медико-социального фонда для лечения и диагностики ТБ у недокументированных мигрантов.
- 4.4.15 Определение национального координатора для создания медико-социального фонда для лечения и диагностики ТБ у недокументированных мигрантов.
- 4.4.16 Оказание технической помощи по оценке целесообразности разработки специального фонда страхования.
- 4.4.17 Определение национального координатора для оценки целесообразности разработки специального фонда страхования.
- 4.4.18 Создание медико-социального фонда для мигрантов по оказанию противотуберкулезной помощи.
- 4.4.19 Проведение закупок и распределение продуктовых наборов для мигрантов.
- 4.4.20 Реализация проектов НПО по ТБ и мигрантам.
- 4.4.21 Разработка информационных материалов, ориентированных на конкретные потребности мигрантов.
- 4.4.22 Разработка и транслирование информационно-образовательных аудио и видео роликов.
- 4.4.23 Организация пресс-конференции, посвященной дню мигранта с участием обученных журналистов.
- 4.4.24 Организация кампании по информированию общественности, посвященной Всемирному дню борьбы с ТБ.

ГЛАВА 4. ОПЕРАТИВНЫЙ ПЛАН

Введение

Оперативный план (ОП) по реализации **Комплексного плана** представлен в виде отдельных файлов в формате Excel. ОП включает в себя все стратегические вмешательства, относящиеся к 4 общим задачам, подробно описанным в основном плане. Стратегические вмешательства в ОП подкреплены надлежащим бюджетом. Каждое стратегическое вмешательство и мероприятие сопровождается конкретным показателем, чтобы избежать дублирования в плане МиО.

Для того, чтобы избежать описания технической помощи (ТП), необходимой для определенных мероприятий, соответствующая ТП описана в отдельном столбце файла Excel этого оперативного плана. Однако, детальное описание ТП для соответствующих мероприятий дано в главе 5 – план технической помощи.

Для удобного и надлежащего слежения за реализацией стратегических вмешательств, определенных в Комплексном плане, каждое мероприятие соответствующим образом пронумеровано.

ОП может подвергаться пересмотру и изменению в ходе реализации согласно находкам и рекомендациям ежегодной оценки и мероприятий МиО, достигнутых целей, а также в свете текущих разработок в сфере здравоохранения, неизбежных во всех странах с переходной экономикой.

Ответственным за любые изменения в ОП является Министерство здравоохранения, согласно рекомендациям, полученным от НЦПТ РК и/или предложениям международных партнеров. Обновления и возможные изменения в ОП следует ожидать после 2015 года, когда будут оценены, как ожидается, глобальные и национальные достижения в Казахстане и будет запущена новая после 2015 г. стратегия ВОЗ «конец ТБ».

Период реализации Комплексного плана

Реализация плана планируется на период с 2014 по 2020 год.

На первом этапе (2014-2016 гг) будет реализовано большинство мероприятий ОП, таких как:

1. анализ финансирования и бюджетирования борьбы с ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения на основе рекомендаций ВОЗ, экономической и технической ситуации в СИЗО (ответственность Министерства внутренних дел РК), условий жизни и других обстоятельств, необходимых для надлежащего лечения больных ТБ, оценки риска нозокомиальной передачи ТБ инфекции в учреждениях здравоохранения, в том числе пенитенциарной системы, риска инфекции среди лиц из контакта с больными ТБ, а также оценки передачи ТБ инфекции среди внешних и внутренних мигрантов;
2. создание эффективной нормативно-правовой базы для реформирования противотуберкулезной службы в РК в гражданском и пенитенциарном секторах с разработкой медицинских и экономических тарифов здравоохранения и соответствующих клинических групп для диагностики и лечения ТБ и МЛУ/ШЛУ ТБ. Усиление мер

инфекционного контроля в зонах высокого риска заболевания ТБ, кадровой политики и менеджмента лекарственных средств, включая симптоматические и патогенетические средства;

3. разработка различных моделей амбулаторного лечения больных ТБ, в том числе с использованием индивидуальных схем лечения М/ШЛУ-ТБ в пилотных проектах;
4. разработка и утверждение нормативно-правовых актов (приказов или законов) по амбулаторному лечению больных, в условиях дневных стационаров и на дому и помощь НПО больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ; а также руководств по лабораторной службе, менеджменту по М/ШЛУ-ТБ, палиативному лечению, лекарственному менеджменту и методических рекомендаций по ведению пациентов с ТБ/ВИЧ;
5. разработка Приказов или документов, регламентирующих роль НПО, оказывающих психо-социальную поддержку больным ТБ, и создание преемственности между гражданской и пенитенциарной системой для поддержки больных ТБ после их освобождения из мест лишения свободы;
6. разработка планов и программ для обучения и непрерывного образования по всем аспектам контроля ТБ, М/ШЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ;
7. подготовка руководства по борьбе с ТБ среди мигрантов и разработка соответствующих нормативных актов.

На втором этапе (2017-2020 гг) реализации Комплексного плана мероприятия могут быть продолжены согласно плану. Также, после первого этапа реализации и дальнейшего руководства и оптимизации реализации может иметь место исчерпывающее ревью профилактики и контроля ТБ во всей стране с участием всех партнеров.

Основными мероприятиями, которые будут реализованы в рамках второго этапа, являются:

1. Модернизация лабораторной службы.
2. Обеспечение бесперебойной поставки реагентов и расходных материалов для бактериологических и молекулярно-генетических методов исследования, противотуберкулезных препаратов, а также симптоматических и патогенетических средств для лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ в учреждениях здравоохранения гражданского и пенитенциарного секторов.
3. Повышение качества лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ с расширением амбулаторной помощи, внедрение пациент-ориентированных подходов группам высокого риска с привлечением НПО, индивидуальных схем лечения на основе ТЛЧ, а также хирургического лечения.
4. Усиление мер инфекционного контроля по предупреждению передачи ТБ и М/ШЛУ-ТБ в учреждениях гражданского и пенитенциарного сектора здравоохранения, прежде всего оценивая существующее обеспечение инфекционного контроля (эффективные инженерно-технические индивидуальные средства защиты).
5. Совершенствование системы МиО борьбы с ТБ в пенитенциарном и гражданском секторах здравоохранения.
6. Усиление кадрового потенциала противотуберкулезной службы, в том числе УИС; создание способов мотивации и повышение заработной платы для сотрудников с учетом рабочей нагрузки и опасности заражения в ПТУ.
7. Проведение обучающих семинаров по всем аспектам контроля ТБ, М/ШЛУ-ТБ и ТБ /ВИЧ.

ГЛАВА 5. ПЛАН ТЕХНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Данная глава описывает план технической помощи, как один из компонентов по реализации Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в РК на 2014-2020 годы и включает планируемые мероприятия по оказанию помощи и их реализацию.

План технической помощи основывается на оперативный план и тесно с ним связан. Он также приведен в соответствие с другими компонентами Комплексного плана и дает подробную информацию о технической помощи по задачам, стратегическим вмешательствам и мероприятиям, определенным в оперативном плане.

Мероприятия технической помощи детально описаны для первых двух лет (2014 и 2015 гг). Пересмотр потребностей технической помощи будет произведен в 2015 году, когда будет определен новый план технической помощи.

Техническая помощь будет базироваться на двух уровнях: международном (внешнем) и местном (внутреннем). Внешние консультанты будут привлечены для анализа существующих документов, проведения их объективной оценки и сравнительного анализа. Опираясь на помощь внешних консультантов можно увеличить шансы для успешной разработки и реализации Комплексного плана по борьбе с ТБ в Казахстане. При выборе внешних консультантов руководители НТП определяют круг подходящих по уровню квалификации и опыту работы консультантов по конкретной задаче и примут окончательное решение о заключении договора с определенным консультантом.

На протяжении многих лет многие международные партнеры и донорские организации оказывают существенную помощь НТП РК: ВОЗ, Глобальный Фонд, USAID, KNCV, KfW, Проект Хоуп и др. Поэтому внешние консультанты для оказания технической помощи в контроле ТБ в течение следующих семи лет могли бы быть сотрудниками вышеперечисленных партнеров, знающими проблемы НТП РК, но не обязательно только из этих организаций.

В задачах, где помощь внешних консультантов не требуется, а имеется необходимость оценки целесообразности проводимых мероприятий, будут привлечены местные консультанты, которые будут назначены руководителями НТП.

Будут определены два направления оказания технической помощи НТП для достижения целей в рамках международно признанной стратегии Stop TB strategy.

Первое направление – это долговременная техническая помощь (минимум 2 года) в достижении таких целей, как повышение показателя выявления ТБ, улучшение процента успеха лечения, развития человеческих ресурсов, следование международным руководствам и глобальным стратегиям, а также полевые визиты. Результаты технической помощи должны быть как можно устойчивыми и эффективными.

Второе направление технической помощи планируется как краткосрочное и ограничивается специфическими вмешательствами: полевые и другие визиты на места, кратковременная помощь НТП, учебные программы, оценка лабораторных систем, материальное и лекарственное

обеспечение, а также обеспечение логистики.

Оказание международной помощи планируется, главным образом, в сотрудничестве с местными и международными партнерами и при содействии ТВТЕАМ.

Местная помощь будет оказана в основном экспертами НЦПТ областям, районам и стране в целом. Реализация мероприятий технической помощи в первые два года будет осуществляться при финансовой поддержке грантов Глобального фонда.

Для обеспечения сотрудничества с ТВТЕАМ, НЦПТ назначит странового (местного) координатора. Он\она будет регулярно изучать страницу интернета ТВТЕАМ и поможет в обеспечении экспертами различных направлений работы, в зависимости от нужд Комплексного плана.

План технической помощи содержит информацию по каждому стратегическому вмешательству и мероприятиям, требующим техническую помощь: описание конкретной технической помощи, профиль экспертов, партнеров НТП, сроки оказания помощи, расчетную стоимость, источники финансирования и финансовые дыры.

Детальное описание плана технической помощи представлено в таблице 1. План технической помощи – это динамический документ, требующий возможной адаптации в зависимости от изменяющихся нужд, которые часто появляются в процессе реализации плана.

	расширении амбулаторного лечения больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ	ревизии и разработке новых документов. Содействие в разработке новых документов. Подготовка заключительного отчета.												
1.3.3	Внедрение новой модели финансирования стационарного этапа диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ, ориентированного на пролеченный случай (пилоты: г.Астана, Жамбылская, Кызылординская и Актюбинская области).	Оценка существующей модели финансирования ТБ программы. Разработка и утверждение плана мероприятий по внедрению новой модели финансирования в пилотны проектах	11000	НЦПТ	Национальные эксперты	НЦПТ								
Задача 2. Улучшение доступности современных эффективных технологий диагностики и лечения ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ, усиление профилактических мероприятий, в том числе в пенитенциарном секторе и среди мигрантов														
Стратегическое вмешательство 2.1. Обеспечение доступа к современным технологиям диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ														
2.1.1	Разработка национального руководства по диагностике ТБ и М/ШЛУ-ТБ	Ситуационный анализ и обзор документов. Работа в центре и визиты в области с местными экспертами для разработки руководства. Представление документов в НЦПТ и партнерам. Подготовка заключительного отчета.	13000	ГФСТМ, НЦПТ	Национальные эксперты	НЦПТ ВОЗ								

2.1.3	Разработка нормативного документа по кадровой политике с учетом профиля базового образования.	Дополнение к существующим документам. Подготовка новых документов с предложениями и принятыми поправками. Представление документов в НЦПТ и партнерам.	15000	ГФСТМ, НЦПТ	Национальные эксперты	НЦПТ								
Стратегическое вмешательство 2.2. Обеспечение эффективного лечения с оказанием психосоциальной поддержки больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ.														
2.2.8	Внесение дополнений в Постановление Правительства РК от 2009 г. №2135 "Об утверждении Правил обеспечения лекарственными средствами граждан", по бесплатному обеспечению больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ симптоматическими и патогенетическими средствами.	Дополнение поправок в существующие документы. Подготовка новых документов с принятыми изменениями. Презентация документов НЦПТ и партнерам.	15000	НЦПТ	Национальные эксперты	НЦПТ								
2.2.10	Разработка руководства по оказанию паллиативной помощи больным ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения.	Анализ существующей практики оказания паллиативной помощи больным ТБ и М/ШЛУ ТБ. Разработка рекомендаций для национального Руководства по оказанию паллиативной	12380	НЦПТ	Национальные эксперты	НЦПТ								

		помощи больным ТБ.												
Задача 3. Усиление систем инфекционного контроля, мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий, в том числе в пенитенциарном секторе														
Стратегическое вмешательство 3.1. Инфекционный контроль в противотуберкулезных учреждениях (ПТУ) и ПМСП														
3.1.1	Проведение операционного исследования по оценке риска нозокомиального ТБ в ПТУ и учреждениях ПМСП с составлением рекомендаций по дальнейшей тактике действий.	Ситуационный анализ. Визиты в 14 областей РК. Подготовка рекомендаций и представление их в НЦПТ и партнерам. Подготовка заключительного отчета.	52197	НЦПТ	Национальные эксперты	НЦПТ								
3.1.3	Разработка инструкции по сортировке, госпитализации и изоляции больных ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения.	Обзор существующих международных и страновых документов. Сотрудничество с местными экспертами. Встречи с представителями НЦПТ, МВД. Подготовка инструкций, их представление. Подготовка заключительного отчета	18300	ГФСТМ, НЦПТ	Международные и национальные эксперты	НЦПТ								
Стратегическое вмешательство 3.2. Мониторинг и оценка противотуберкулезных мероприятий														
3.2.4	Совершенствование индикаторов оценки мероприятий по М/ШЛУ-ТБ в электронном регистре.	Работа с документами (страновыми и международными), и руководствами. Встречи с рабочими группами. Разработка	36000	ГФСТМ, НЦПТ	Национальные эксперты	НЦПТ								

		национальных индикаторов по МиО М/ШЛУ ТБ и введение их в электронный регистр. Подготовка заключительного отчета.												
Задача 4. Усиление межведомственного и межсекторального взаимодействия по борьбе с ТБ														
Стратегическое вмешательство 4.3 Привлечение НПО в реализацию противотуберкулезных мероприятий в стране														
4.3.1	Оказание технической помощи НПО в получении социального заказа по психо-социальной поддержке больных ТБ и усилению преемственности между гражданским и пенитенциарными системами	Анализ существующих документов. Встречи с партнерами. Разработка НПА, регламентирующих участие НПО в противотуберкулезных мероприятиях	300000	ГФСТМ	Международные и национальные эксперты	НЦПТ НПО								
Стратегическое вмешательство 4.4. Оказание противотуберкулезной медицинской помощи внутренним и внешним мигрантам														
4.4.1	Оказание помощи по разработке правовых и процессуальных рамочных соглашений и создания руководства по мигрантам	Анализ существующих документов. Выезды в регионы. Встречи с партнерами. Работа с экспертами НЦПТ. Активное участие в разработке документов. Отчет.	18540	ГФСТМ	Международные и национальные эксперты	НЦПТ, ВОЗ, ХОУП								

4.4.4	Страновые визиты сотрудников Европейского регионального бюро ВОЗ.	Выезды в регионы и встречи с партнерами. Анализ существующих документов. Презентация работы миссии. Подготовка рекомендаций и заключительный отчет.	61620	ГФСТМ	Международные эксперты	НЦПТ, ВОЗ, ХОУП												
4.4.5	Обеспечение страновых визитов сотрудников головного офиса МОМ	Выезды в регионы и встречи с партнерами. Анализ существующих документов. Презентация работы миссии. Подготовка рекомендаций и заключительный отчет.	61620	ГФСТМ	Международные эксперты	НЦПТ, МОМ, ХОУП												
4.4.13	Оказание технической помощи по разработке индикаторов по ТБ у мигрантов и их интеграцию в стандартную систему МиО	Ситуационный анализ и обзор документов по эпидемиологии и выбор индикаторов. Помощь в определении индикаторов. Анализ местных и международных руководств в сотрудничестве с местными экспертами. Подготовка заключительного отчета по визиту с рекомендациями.	18000	ГФСТМ	Международные и национальные эксперты	НЦПТ, ХОУП												
4.4.16	Оказание технической помощи по оценке целесообразности разработки	Ситуационный анализ и обзор существующих документов. Встречи	21156	ГФСТМ	Международные и национальные эксперты	НЦПТ, ХОУП												

	специального фонда страхования.	с заинтересованными лицами. Подготовка презентаций. Подготовка заключительного отчета с рекомендациями.												
4.4.17	Определение национального координатора для оценки целесообразности разработки специального фонда страхования	Подготовка презентаций. Подготовка заключительного отчета с рекомендациями.	60000	ГФСТМ	Национальные эксперты	НЦПТ, ХОУП								
4.4.18	Создание медико-социального фонда для мигрантов по оказанию противотуберкулезной помощи	Работа с местными партнерами. Встречи с представителями НЦПТ, МОМ. Выезды в регионы для оценки потребности. Подготовка заключительного отчета по визиту с рекомендациями.	75648	ГФСТМ	Международные и национальные эксперты	НЦПТ, ХОУП, МОМ								

ГЛАВА 6. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

Введение

Согласно недавнему расширенному ревью ВОЗ, проведенному в мае 2012г⁷, в стране работает сильная система регистрации и отчетности с потенциалом для мониторинга и оценки (МиО). В то же время выявлены определенные недостатки МиО, такие как не использование новых дефиниций ВОЗ⁸, отсутствие сети электронной регистрации и отчетности и единой системы регистра лабораторий, аптек и пенитенциарного сектора, а также применение устаревших индикаторов, не отражающих реальную ситуацию и потребности. Кроме того, не включены индикаторы по ведению лекарственно-устойчивого ТБ, ко-инфекции ТБ/ВИЧ, контролю за ТБ среди особых контингентов и укреплению лабораторий.

В настоящее время нет стандартного набора простых индикаторов, которые позволяли бы быстро произвести оценку контроля ТБ и прогресс в достижении международных и внутри-страновых целей.

Ответственность за МиО на национальном уровне лежит на НЦПТ и соответствующих группах МиО регионального и областного уровня. Однако, группы МиО на всех уровнях недостаточно укомплектованы. Контроль ТБ на национальном уровне оценивается посредством 38 основных индикаторов, но большая часть из них уже устарели и/или не обладает достаточной информативностью. Исходы лечения ТБ мониторируются и оцениваются на регулярной основе. Мониторинговые визиты и ежегодные отчеты МЗ раскрывают эпидемиологическую ситуацию по ТБ и тренды, достижения лабораторно-диагностических служб и финансирования контроля ТБ.

В этой главе дается детальное описание проведения МиО Комплексного плана. План по МиО состоит из стратегических вмешательств, описанных в главе «Основной план», организационно-методическом плане, плане по технической помощи и финансированию.

Мероприятия по МиО и приведенные индикаторы в данной главе основаны не на рутинном МиО НТП, а на оценке измерения влияния, исходов и индикаторов реализации Комплексного плана по борьбе с ТБ. Индикаторы для оценки внедрения стратегических вмешательств, определенных Основном плане, описаны в оперативном плане и будут определены во время консультативного процесса, запланированного как одно из стратегических вмешательств.

Цели плана по МиО:

- Оценка эффективности программы
- Мониторинг достижений, полученных при реализации стратегических вмешательств и намеченных целей
- Своевременное выявление проблемных вопросов в процессе реализации плана
- Сбор данных, извлеченных уроков и распространение технически озвученной информации для чиновников, принимающих решения на национальном и областном

⁷ Extensive Review to the Tuberculosis prevention, control and care in Kazakhstan. WHO Regional Butro for Europe. 10-16 May 2012.

⁸ WHO definitions, 2012

уровне по мобилизации ресурсов и рационального распределения средств.

Данный план по МиО послужит основой для разработки Национального плана по МиО контроля ТБ, который будет представлен на утверждение МЗ РК.

С целью МиО национальная программа будет использовать международно-признанный набор для МиО, изданный в 2011 году⁹.

Внедрение и координация плана по МиО

НЦПТ является основной организацией, ответственной за сбор данных по стране, в том числе из областей, регионов и ДКГСЭН.

Оценка реализации национального плана МиО будет основана на четырёх категориях индикаторов:

- **Индикаторы воздействия** оценивают достижение целей (смертность, распространённость и заболеваемость ТБ);
- **Индикаторы исходов** оценивают качество определенных действий (напр., число выявленных больных ТБ, показатель успеха лечения, и т.д.);
- **Индикаторы выходов** оценивают стратегические вмешательства (напр., число больных МЛУ-ТБ, находящихся на лечении);
- **Индикаторы процесса** оценивает реализацию мероприятий и принятые меры (напр., количество отпечатанных модулей для тренинга или число работников здравоохранения, прошедших обучение)

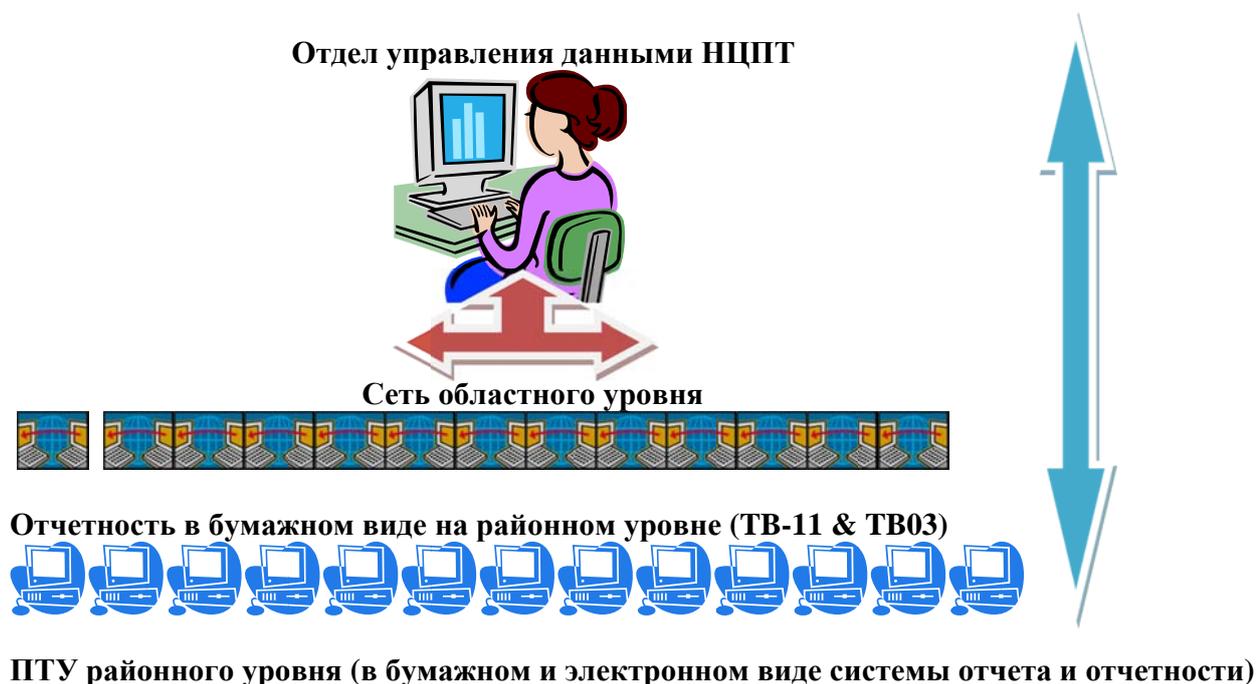
Анализ данных, их распространение и использование

Сбор данных по всем индикаторам (воздействия, исходов, выхода и процесса) будет осуществляться с помощью электронной системы по сбору индивидуализированных данных. За сбор данных, их обработку и введение в регистр отвечают менеджеры НЦПТ и всех 16 ПТУ областных страны и городов Астана и Алматы. Отчет на центральный уровень будет готовиться ежеквартально. НЦПТ будет выпускать ежегодный отчет по ТБ в стране.

Все ПТУ районного уровня будут использовать, хранить и подавать сведения как в электронном, так и в бумажном виде на основе системы регистрации (ТБ-11 и ТБ 03) и регулярно посылать отчеты менеджеру по сбору данных НЦПТ. Свод данных будет выполняться на 2 уровнях - областном и НЦПТ. Поток информации представлен на рис. 1.

⁹ Monitoring and Evaluation Toolkit.HIV, Tuberculosis, Malaria and Health System Strengthening. Part 3: Tuberculosis. Fourth edition.2011.

Рис. 1. Поток данных для индикаторов воздействия и исхода



Оценка реализации Комплексного плана по борьбе с ТБ в Казахстане на 2014-2020 годы.

Для оценки реализации Комплексного плана будут использованы индикаторы стратегических вмешательств. Три индикатора воздействия связаны с целью Комплексного плана (таблица 1).

Таблица 1. Индикаторы воздействия для оценки прогресса реализации Комплексного плана по борьбе с ТБ на 2014-2020 годы.

N o	Индикатор	Исходный показатель		Целевой показатель		Источник	Частота отчетности
		Год	Показатель	2015	2020		
1	Смертность от ТБ	2012	8/100000	7,6	6	НРБТ	1 раз в год
2	Заболеваемость ТБ	2012	81,7/100000	75,5	55	НРБТ	1 раз в год
3	Охват лечением М/ШЛУ-ТБ	2012	86,9%	90%	100%	НРБТ	ежеквартально

Подробная характеристика задач и стратегических вмешательств дана в главе 3 Комплексного плана. Описание индикаторов для оценки внедрения стратегических вмешательств дано в таблице 2.

Таблица 2. Индикаторы для оценки внедрения стратегических вмешательств, (исходные и желаемые показатели, источники и частота сбора данных)

№	Индикатор	Исходные данные		Целевые показатели		Источник	Результат (категория индикатора)
		год	показатель	2015	2020		
Задача 1. Реформирование противотуберкулезной службы Казахстана в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения с расширением амбулаторной и стационароразмещающей помощи больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ.							
<i>Стратегия 1.1. Реформирование противотуберкулезной службы Казахстана в гражданском и пенитенциарном секторах здравоохранения</i>							
1.1.1	% сокращенных коек в ПТУ	2012	10%	30%	40%	НТП	Процесс
1.1.2	% сокращенных ПТУ	2012	2,5%	10%	20%	НТП	Процесс
1.1.3	% сокращенных дней госпитализации	2012	20%	40%	60%	НТП	Процесс
<i>Стратегия 1.2. Совершенствование ведения больных ТБ на амбулаторном этапе лечения в ПТУ и сети ПМСП</i>							
1.2.1	% больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ начавших и продолжающих лечение в амбулаторных условиях	2012	0,5%	15%	50%	НТП	Выход
<i>Стратегия 1.3: Реформирование финансирования противотуберкулезной службы</i>							
1.3.1	% ежегодного госбюджета для контроля ТБ	2012	68, 9%	90%	95%	НТП	Процесс
Задача 2. Улучшение доступности современных эффективных технологий диагностики и лечения ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ, усиление профилактических мероприятий, в том числе в пенитенциарном секторе и среди мигрантов							
<i>Стратегия 2.1. Обеспечение доступа к современным технологиям диагностики и лечения ТБ и М/ШЛУ-ТБ</i>							
2.1.1	% охвата экспресс молекулярно-генетическими тестами	2012	15%	95%	100%	НТП	Процесс
2.1.2	% охвата больных ТБ ТЛЧ к ПТП первого ряда	2012	95%	100%	100%	ТБ-07	Выход
2.1.3	% охвата больных МЛУ-ТБ ТЛЧ к ПТП второго ряда	2012	85%	100%	100%	ТБ-07	Выход
<i>Стратегия 2.2. Обеспечение эффективного лечения с оказанием психосоциальной поддержки больным ТБ и М/ШЛУ-ТБ</i>							
2.2.1	% успешного	2012	75%	80%	85%	ТБ-08	Исход

	лечения впервые выявленных больных легочным ТБ с МБТ (+)						
2.2.2	% успешного лечения больных МЛУ-ТБ	2012	72%	73%	75%	ТБ-08	Исход
2.2.3	% охвата лечением М/ШЛУ-ТБ	2012	86,9	90%	100%	ТБ-07	Исход
2.2.4	% охвата больных ТБ ПТП первого ряда	2012	100%	100%	100%	ТБ-07	Выход
2.2.5	% охвата больных М/ШЛУ-ТБ ПТП второго ряда	2012	86%	90%	100%	ТБ-07	Выход
2.2.6	% больных ТБ, получающих социальную поддержку регулярно (не менее 1 раза в месяц) на амбулаторном этапе лечения из числа нуждающихся	2012	25%	60%	90%	НРБТ	Процесс
Стратегия 2.3. Профилактика туберкулеза							
2.3.5	% охвата химиопрофилактикой детей из контакта	2012	98	100	100	Отчет	Выход
2.3.6	% охвата вакцинацией БЦЖ новорожденных	2012	97,7	98	98,5	Отчет	Выход
2.3.2	% охвата ЛЖВ химиопрофилактикой изониазидом	2012	90,3	93	95	Отчет	Выход
Задача 3. Усиление систем инфекционного контроля, мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий, в том числе в пенитенциарном секторе							
Стратегия 3.1 Инфекционный контроль в ПТУ и ПМСП							
3.1.1	Заболеваемость ТБ среди медицинских работников	2012	203,8/ 100.000	150/ 100.00 0	100/ 100.000	НТП	Воздействия
3.1.2	% охвата респираторами с эффективным фильтром	2012	98	100	100	НТП	Процесс

	работников ПТУ						
Стратегия 3.2. Мониторинг и оценка противотуберкулезных мероприятий							
3.2.1	% обученных специалистов по МиО	2012	50%	95%	98%	НТП	Процесс
Стратегия 3.3. Усиление кадрового потенциала							
3.3.1	% укомплектованности фтизиатрами	2012	94,2%	98%	100%	НТП	Процесс
3.3.2	% обученных врачей ПМСП менеджменту МЛУ-ТБ	2012	15%	50%	70%	НТП	Процесс
Задача 4. Усиление межведомственного и межсекторального взаимодействия по борьбе с туберкулезом							
Стратегия 4.1. Усиление межведомственного и межсекторального взаимодействия по борьбе с ТБ							
4.1.1	% больных ТБ, освобожденных из мест лишения свободы и завершивших лечение в гражданском секторе	2012	72,4%	80%	90%	НТП	Процесс
4.1.2	% обращений со стороны ПТУ по поиску больных ТБ, уклоняющихся от лечения, удовлетворенных территориальным и МВД РК	2012	75%	90%	95%	НТП	Процесс
Стратегия 4.2. Обеспечение контроля за ТБ/ВИЧ в стране							
4.2.1	% больных ТБ, охваченных тестом на ВИЧ	2012	98%	99%	99%	ТБ-07	Процесс
4.2.2	% охвата больных ТБ/ВИЧ профилактическим лечением котримаксозолом	2012	75%	85%	100%	Список по 113 коду	Процесс
4.2.3	% охвата АРТ больных ТБ/ВИЧ	2012	53%	80%	100%	Список по 113 коду	Процесс
Стратегия 4.3. Привлечение НПО в реализацию противотуберкулезных мероприятий в стране							
4.3.1	Число НПО вовлеченных в НТП	2012	2	10	15		Процесс
Стратегия 4.4. Оказание противотуберкулезной медицинской помощи внутренним и внешним мигрантам							

4.4.1	Число мигрантов, обследованных на ТБ*	2012	Точных данных нет	40,000	140,000	Отчет НПО	Процесс
4.4.2	Число работников и волонтеров НПО, обученных в рамках программы**	2012	данных нет	171	311	Отчет НПО	Процесс
4.4.3	Число медицинских работников обученных в рамках программы***	2012	данных нет	147	427	Отчет НПО	Процесс
4.4.4	% мигрантов с ТБ получивших психосоциальную поддержку	2012	данных нет	75%	90%	Отчет НПО	Процесс
4.4.5	% населения пилотных областей, охваченного информационно-образовательной деятельностью** **	2012	данных нет	30%	50%	Отчет НПО	Процесс

Данные за 2015 и 2020гг кумулятивные

**если это к началу 2015г., то число обследованных будет 20,000, если к концу 2015г. - то 40,000 (к концу 2020г. - 140,000).*

*** 21 - по разработке информационных материалов, 14 - на ТОТ, 140 - ТБ на рабочем месте и 140 - на каскадных тренингах.*

**** 7 - на ТоТ, 280 - на каскадных трейнингах, 140 - по управлению базой данных*

*****так как у нас будут видео ролики на ТВ, радио ролики, компании и раздаточные материалы, то можно сказать, что будет охвачено 30% населения. Это соответствует в среднем % взрослого населения в населенных пунктах.*

Оперативные научные исследования

Исследования запланированы по 3 стратегическим вмешательствам: 2.3.4, 2.3.5. и 3.1.1. Первое исследование нацелено на изучение эффективности методов ранней диагностики ТБ среди детей путем использования тестов, основанных на определении гамма-интерферона Т SPOT ТВ (*Oxford Immunotec limited Abingdon, UK*), выделенного сенсibilизированными Т-лимфоцитами, в сравнении с «Диаскинтест®» и пробой Манту 2ТЕ. Второе предусматривает изучение причин высокого уровня неблагоприятных исходов среди новых случаев ТБ в пенитенциарной системе. Третье исследование – на оценку риска нозокомиального ТБ в ПТУ и учреждениях ПМСП с составлением рекомендаций по дальнейшей тактике действий.

Оперативные исследования были запланированы рабочей группой по разработке КП с учетом

неизученности проблемы в стране.

Методология исследований будет определена экспертной группой из местных и международных специалистов по каждому исследованию отдельно.

Курация мероприятий по МиО и качество полученных данных

НЦПТ является ответственным за внедрение данного плана МиО. Менеджер НЦПТ по данным является ответственным за всеобщую организацию системы регистрации и отчетности и сбор данных на всех уровнях.

Группа МиО из НЦПТ в сотрудничестве с эпидемиологами и экспертами по ВИЧ будут отвечать за регулярную проверку качества зарегистрированных данных и включение данных по ВИЧ. Обязанностью Национальной группы МиО (как составной части НЦПТ) является обеспечение связи национальной системы МиО с системами МиО областей и районов. Таким образом, и системы МиО областей и районов достигнут гармонизации, стандартизации данных и унификации систем отчетности. Кроме того, при хорошем качестве данных экспертная группа по МиО будет давать рекомендации и в дальнейшем руководить мероприятиями на национальном уровне, чтобы обеспечить высококачественное проведение широкомасштабных мероприятий в области борьбы с ТБ.

Функционирование экспертной группы по МиО будет способствовать получению надлежащих, своевременных и точных данных, которые будут докладываться национальным координаторам и послужат надежным источником для разработки национальных и международных требований к регистрации.

ГЛАВА 7. БЮДЖЕТНЫЙ ПЛАН

Данная глава описывает расчетный бюджет, необходимый для реализации Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в РК на период 2014-2020 годы и включает планируемые мероприятия, предполагаемое финансирование данных мероприятий на период реализации с 2014 по 2016 гг., а также источники финансирования. Расчет финансирования выполнялся с помощью инструмента для составления бюджета Плана борьбы с ТБ (ВОЗ). При расчете использовались эпидемиологические фактические и прогностические данные, число больных ТБ и М/ШЛУ ТБ, количество и виды лабораторных исследований, наименования и необходимое количество лекарственных средств, привлекаемых на мероприятия специалистов, необходимых тренингов и т.д. Расчет делался отдельно на каждую единицу каждого мероприятия и суммировался на общее число запланированного мероприятия. Суммировались расходы также по задачам, по годам и по источникам финансирования.

Бюджетный план основан на оперативном плане и тесно с ним связан. Он также приведен в соответствие с другими компонентами Комплексного плана и дает подробную информацию о финансовом обеспечении задач, стратегических вмешательств и мероприятий, определенных в оперативном плане.

Бюджетный план детально описан для первых трех лет (2014-2016 гг). Пересмотр дальнейшего финансирования Комплексного плана будет произведен в 2016 году, когда будет определен новый бюджетный план.

В целом на период 2014-2016 гг. предполагаемое финансирование мероприятий Комплексного плана составит 51,9 млрд. тенге, причем в 2014 г. объем финансирования составит 13,5 млрд., а в последующие два года – 19,3 млрд. и 19.1 тенге. Доля средств, выделенных Глобальным фондом на реализацию части мероприятий Комплексного плана составит около 14%.

Бюджетный план содержит информацию по каждому стратегическому вмешательству и мероприятиям, требующим финансирования; организации, ответственные за реализацию; сроки и источники финансирования.

Детальное описание бюджетного плана представлено в формате Excel в отдельном приложении.

ⁱⁱ Structural Influences on Migrant Vulnerability. Huffman, S.A, et al, Exploitation, vulnerability to tuberculosis and access to treatment among Uzbek labor migrants in Kazakhstan. Social Science & Medicine (2011) doi:10.1016/j.socmed.2011.07.019 – in press