



**ОЦЕНКА БАРЬЕРОВ, КАСАЮЩИХСЯ
ПРАВОВОЙ СРЕДЫ, ГЕНДЕРА,
СТИГМЫ И ПРАВ ЧЕЛОВЕКА, ДЛЯ
КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ
В ОТВЕТНЫХ МЕРАХ ПО
ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ
И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

2020

Алматы

Оценка барьеров, касающихся правовой среды, гендера, стигмы и прав человека, для ключевых групп населения в ответных мерах по туберкулезу в городе Алматы и Алматинской области

Проект «Оценка барьеров по доступу к диагностике и лечению ТБ для ключевых групп населения» в рамках многострановой программы «Совершенствование качественной противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, – от новой модели помощи к улучшению результатов раннего выявления и лечения ЛУ-ТБ» (TB-REP 2.0).

Разработчик: ОЮЛ «Казахстанский Союз Людей, Живущих с ВИЧ» Национальный консультант: Асембеков Батырбек.

Основной реципиент: Центр политики и исследований в здравоохранении (Центр PAS).

Настоящая оценка была проведена и опубликована в рамках Программы TB-REP 2.0, финансируемой Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и осуществляемой Центром PAS в качестве основного реципиента. Мнение авторов, высказанное в данной публикации, может не совпадать с мнением Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, основного реципиента и других партнеров проекта TB-REP 2.0. Оценка проводилась с использованием инструментов «Сообщество, права, и гендер» (СПГ), разработанных Партнерством Stop TB.

Мы хотели бы выразить признательность Центру PAS, TBC Consult, Партнерству Stop TB за организацию обучения, постоянную поддержку и руководство в ходе проведения оценки.

Особая Благодарность Национальному научному центру фтизиопульмонологии МЗ РК лично директору к.м.н. Аденову М.М. за неоценимую поддержку и вклад в процесс проведения оценки, а также пациентам, экспертам и заинтересованным сторонам, принимавшим участие в этом процессе.

Благодарим всех тех, кто поддерживал этот проект и подготовил настоящий совместный отчет по итогам проведения качественной оценки.

Содержание

Обозначения, сокращения	4
Цель и задачи оценки	5
Методология оценки	7
1. Кабинетное исследование	12
Обзор правовой среды	12
Гендер	18
Ключевые группы населения	23
Стигма	25
2. Результаты оценки СШ на основании проведенных ГИ, ФГ и ИКИ	26
Правовые барьеры	26
Гендерные барьеры	29
Ключевые группы населения	30
Стигма	31
3. Обобщенные результаты (по 7 этапам ТВ Journey), утвержденные на собрании всех заинтересованных сторон	33
План действий по результатам оценки СПГ	37
ПРИЛОЖЕНИЯ:	43
Приложение 1	43
Приложение 2	45
Приложение 3	46

Обозначения, сокращения

АРТ	антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГИ	глубинное интервью
ФГ	фокус-группа
ИКИ	интервью с ключевыми информантами
ГСЗ	государственный социальный заказ
ИИН	индивидуальный идентификационный номер
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
КазСоюз ЛЖВ	Казахстанский Союз Людей, Живущих с ВИЧ
КГН	ключевые группы населения
КНЦДИЗ	Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
ЛТБ	люди с туберкулезом
ЛУИН	люди, употребляющие инъекционные наркотики
ЛУ-ТБ	туберкулез с лекарственной устойчивостью
МВД РК	Министерство внутренних дел РК
МЗ РК	Министерство здравоохранения РК
МЗСР РК	Министерство здравоохранения и социального развития РК
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
НРБТ	Национальный регистр больных туберкулезом
ННЦФ МЗ КР	Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗ РК
НПА	нормативно-правовой акт
НПО	неправительственная организация
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ООН	Организация Объединенных Наций
ПАВ	психоактивные вещества
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
РК	Республика Казахстан
РПН	Регистр прикрепленного населения
СПГ	сообщества, права и гендер
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	туберкулез
ЦВКК	централизованная врачебная консультативная комиссия
ЦУР	цели устойчивого развития
ЦАА ЛЖВ	Центрально-Азиатская Ассоциация людей, живущих с ВИЧ
ШЛУ-ТБ	туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью

Цель и задачи оценки

Цель оценки СПГ состояла в том, чтобы получить стратегическую информацию для поддержки вмешательств, которые трансформируют ответные меры по ТБ и сделают их справедливыми, основанными на правах человека и ориентированными на людей.

Задачи оценки СПГ:

1. Провести обзор политики и правовой базы по ТБ на основе международных региональных и субрегиональных конвенций, систем и руководств.
2. Определить, какие ключевые подгруппы населения следует рассматривать в качестве ключевых и уязвимых групп населения в ответных мерах по ТБ.
3. Оценить, в каких условиях и на каких этапах противотуберкулезной помощи пациенты с ТБ сталкиваются со стигмой и ее проявлениями.
4. Оценить, как гендерные факторы влияют на уязвимость к ТБ, доступ к противотуберкулезным услугам и результаты лечения.
5. Разработать рекомендации по улучшению ответных мер по ТБ и разработать план действий с конкретными мероприятиями с тем чтобы:
 - 5.1. Они обеспечивали предоставление приемлемых для всех ключевых и уязвимых групп населения качественных противотуберкулезных услуг .
 - 5.2. Они меняли гендерные отношения и основывались на правах человека.

Вопросы оценки

Вопросы оценки относятся к четырем областям опроса: правовая среда, гендер, ключевые группы населения и стигма.

1. Правовая среда

- Как текущая правовая среда и политика влияет на доступ к медицинскому обслуживанию, связанному с ТБ, или увеличивает уязвимость и создает барьеры для доступа к медицинскому обслуживанию, связанному с ТБ?
- Какие правовые программные ответные меры, в том числе укрепление законов, политики, положений, снижение стигмы и дискриминации, расширение доступа к правосудию, улучшение соблюдения законодательства и политики можно было бы предпринять для улучшения ответных мер по ТБ?

2. Гендер

- Как гендерная принадлежность влияет на социальную динамику уязвимости к ТБ, доступу к медицинской помощи и результатам лечения?
- Какие изменения в осуществлении программы можно было бы сделать, чтобы изменить характер ответных мер с того, который не учитывает гендерные факторы, на учитывающий гендерные факторы и в конечном итоге на такой, который меняет гендерные отношения?

3. Ключевые группы населения

- Какие потенциальные подгруппы населения нуждаются в дополнительном внимании в случае ликвидации ТБ?
- Каково ваше мнение по поводу пробелов в данных, с тем чтобы гарантировать, что программы по ТБ устраняют риски, определяющие факторы рисков и барьеры доступа к услугам, с которыми сталкиваются ключевые группы населения?

4. Стигматизация

- Что такое стигматизация в связи с ТБ и как стигматизация влияет на «Путь излечения от Туберкулеза (TB Journey)»?
- Где на «Пути излечения от ТБ» и в каких ситуациях наблюдается стигма при ТБ?

- Какие подгруппы населения нуждаются в дополнительном внимании для устранения стигматизации в связи с ТБ?

Принципы оценки

- **Ответственность:** Проведение оценки и ответственность лежит на странах, осуществляющих оценку.
- **Заинтересованность:** Осуществляется при заинтересованном участии и поддержке со стороны национального руководства, людей, затронутых ТБ, организаций гражданского общества и работников здравоохранения.
- **Участие:** Люди, затронутые ТБ, особенно те, которые включены в центр внимания качественных исследований, активно участвуют в формировании процесса и результатов.

Значение оценки

Результаты этого исследования будут способствовать более целостному подходу к программам и политике в области ТБ в Казахстане. Полученные данные позволят улучшить понимание заинтересованными сторонами, в том числе сообществами, затронутыми туберкулезом, о возможном влиянии гендерных особенностей и прав человека в контексте туберкулеза, чтобы они могли оценить, как улучшить существующие подходы в программах по профилактике и лечению туберкулеза.

Кроме того, это исследование будет способствовать получению знаний и ответит на текущие пробелы в политиках, связанных с туберкулезом, особенно на их взаимосвязи с гендером и правами человека. Это помогло бы будущим исследователям, политикам, разработчикам программ и медицинским работникам.

Область применения и ограничения оценки

Из-за финансовых и временных ограничений оценка была проведена только в городе Алматы и Алматинской области. Собранные в рамках оценки данные не предполагается распространять на всю страну. Тем не менее результаты оценки могут послужить важной базой для дальнейшего изучения вопросов гендера, прав человека и других связанных с этим социальных факторов, с которыми сталкиваются сообщества, пострадавшие от туберкулеза, что может дать представление о разработке и совершенствовании программ и политик.

1. Совещание основной группы и всех заинтересованных сторон состоялось 1 октября 2019 года. Всего в совещании приняли участие 24 участника, в том числе: 7 участников представляли государственный сектор, 9 – международные организации, 8 – неправительственные организации (приложение 1 – список участников совещания).

Целью совещания являлось определение приоритетных ключевых групп населения в РК для выявления барьеров к услугам.

Задачи совещания:

1. Представить основные направления многострановой программы TB-REP 2.0, цель проведения оценки сообществ, прав и гендера (СПГ) в рамках программы и дальнейшее использование результатов оценки.
2. Представить результаты кабинетного исследования по вопросам правовой среды, прав человека, гендерной проблематики и ключевых групп населения (КГН).
3. Представить подходы, используемые при оценке сообществ, прав и гендера (СПГ) и практические инструменты, которые будут использоваться для выявления ключевых структурных препятствий, являющихся причиной того, что люди с ТБ не охвачены помощью и откладывают лечение.
4. Сформировать общее понимание и расстановку приоритетов для ключевых, уязвимых и недостаточно охваченных услугами групп населения в рамках ответных мер по борьбе с ТБ.
5. Согласовать с участниками рабочей группы методы проведения оценки – приоритетные ключевые группы населения, которые еще не отражены в Национальном стратегическом плане и/или недостаточно охвачены услугами, а также обсудить важность кабинетного исследования и связанных с ним мероприятий.

На совещании были представлены предварительные результаты кабинетного исследования, было проведено упражнение по приоритизации ключевых групп населения и обсуждение процесса оценки.

2. Кабинетное исследование

Цель кабинетного исследования – провести анализ страновой ситуации в отношении доступа к услугам по профилактике и лечению ТБ в контексте правовой среды, гендера и сообществ.

Правовая среда – обзор правовых барьеров к получению помощи людям, затронутым туберкулезом, и представителям ключевых групп населения.

Гендер – обзор возможных гендерных барьеров в получении услуг по профилактике и лечению туберкулеза.

Ключевые группы – обзор страновой ситуации в контексте охвата ключевых групп населения.

В рамках оценки кабинетное исследование позволило изучить контекст страны, приоритеты общественного здравоохранения и тенденции в здравоохранении. Кабинетное исследование также позволило выявить пробелы, которые необходимо заполнить в ходе полевых исследований в стране. Кабинетное исследование включало в себя обзор литературы, анализ вторичных данных, создание списка литературы.

В рамках правового обзора кабинетного исследования были рассмотрены следующие документы:

- Конституция Республики Казахстан.
- Кодекс о здоровье и системе здравоохранения Республики Казахстан.

- Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года № 994 «Об утверждении Инструкции по организации оказания медицинской помощи при туберкулезе».
- Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 2 февраля 2016 года № 77 «Об утверждении Стандарта организации оказания населению медицинской помощи при туберкулезе».
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2009 года № 481 «Об утверждении Правил проведения медицинского обследования с целью признания гражданина больным заразной формой туберкулеза».

В рамках кабинетного исследования в отношении гендера, стигмы и ключевых групп были изучены следующие документы:

- Нормативно-правовая база по туберкулезу.
- Данные официальной статистики.
- Страновая заявка в Глобальный фонд.
- Научные публикации в отечественных и зарубежных источниках (исследования касательно социальных факторов, влияющих на распространение ТБ в стране; малоизученные ключевые группы).

3. Определение приоритетных ключевых групп населения для оценки

Для определения приоритетных ключевых групп населения в рамках Совещания со всеми заинтересованными сторонами было проведено упражнение по приоритизации ключевых групп.

Приоритизация ключевых групп проводится:

- для ускорения усилий, ведущих к ликвидации ТБ, путем улучшения идентификации ненайденных людей с ТБ среди подгрупп населения, которые сталкиваются со значительно более высокими уровнями рисков ТБ или более незащищенные в отношении ТБ;
- для включения в оценку тех подгрупп населения, которые считаются «скрытыми»;
- для обеспечения максимальных характерных контекстов и различных уровней ограничений ресурсов, с которыми сталкиваются разные страны;
- для идентификации самых уязвимых и маргинализированных подгрупп, чтобы помочь увеличить эффективность поиска ненайденных лиц с ТБ;
- при помощи многостороннего подхода триангуляции информации между любыми доступными официальными статистическими данными и коллективным опытом заинтересованных сторон.

С целью проведения упражнения по приоритизации были собраны существующие данные о ТБ среди потенциальных ключевых групп населения 30+, рекомендованных Партнерством СтопТБ. Собранные данные были обобщены в сводной таблице, где были показаны доступные статистические данные для каждой потенциальной группы населения.

Для проведения приоритизации ключевых групп участникам совещания был предоставлен инструмент по приоритизации (приложение 2) и собранные статистические данные по ключевым группам. Участники совещания были поделены на 4 группы, в которых прошли обсуждения. Всем потенциальным ключевым группам населения были выставлены баллы, включая те группы, в отношении которых нет официальных данных по ТБ, баллы, которые основываются на лучшей оценке присутствующих участников.

Затем каждая группа выставляла баллы каждой из 5 ключевых групп населения, которые были ей определены, принимая во внимание существующие официальные ТБ-данные, опыт членов группы и дискуссии о рисках/незащищенности и препятствиях, с которыми сталкиваются эти ключевые группы населения.

Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
ЛЖВ	ЛЖВ	ЛЖВ	ЛЖВ
Внутренние мигранты*	Внутренние мигранты*	Мигранты	Мигранты
Люди, употребляющие наркотики	Сельское бедное население	Заклученные и задержанные	Заклученные и задержанные
Бездомные	Бездомные	Бездомные	Бездомные
Городское бедное население	Люди с алкогольной зависимостью	Городское бедное население	Сельское бедное население
Сельское бедное население		Сельское бедное население	Члены семей людей, употребляющих наркотики
Люди с диабетом		Люди с диабетом	Шахтеры
Оралманы*			

* ключевые группы, которые не входят в список ключевых групп населения 30+, рекомендованных Партнерством СтопТБ.

На основании обсуждения и обобщения результатов работы по приоритизации для оценки СПГ были рекомендованы 2 группы:

- 1) люди, живущие с ВИЧ;
- 2) внутренние мигранты.

Группа внутренних мигрантов отсутствует в списке ключевых групп 30+ Партнерства СтопТБ и была отобрана специфически для Казахстана. Согласно Правительству РК¹, внутренний мигрант – это лицо, переселяющееся внутри Республики Казахстан самостоятельно в целях постоянного или временного проживания. Главный тренд внутренней миграции – это процессы урбанизации, которые создают центры притяжения, село как социально-экономическое звено системы деградирует – люди в поисках работы и лучшей жизни «бегут» в города. Внутренние мигранты – это в большинстве случаев люди, не имеющие собственного жилья в местах миграции, постоянного источника заработка, социальных связей (родственников, друзей), лишённые каких-либо социальных льгот и преференций ввиду отсутствия регистрации в месте проживания и/или отсутствия документов. Все вышеуказанные проблемы в контексте туберкулеза отражаются в вопросах доступа к медицинским услугам в целом и к услугам, связанным с туберкулезом, в частности.

4. Методы и процедуры.

«Оценка барьеров, касающихся правовой среды, гендера, стигмы и прав человека в ответных мерах по туберкулезу в Казахстане» представляет собой качественное исследование с использованием следующих методов:

Кабинетные исследования по каждой области оценки: правовая среда, гендер,

¹ https://tengrinews.kz/zakon/pravitelstvo_respubliki_kazahstan_premier_ministr_rk/konstitutsionnyiy_stroy_i_osnovyi_gosudarstvennogo_upravleniya/id-P1100001427/.

- ключевые группы населения и стигма.
- **Интервью с ключевыми информаторами** – со специалистами и сторонниками в данной области (приложение 3 – список ключевых информантов).
- **Глубинные интервью** с людьми, затронутыми ТБ, членами сообщества.
- **Обсуждения в фокус-группах** с людьми, затронутыми ТБ, членами сообщества. Проблемы, связанные с уязвимостью пациентов с ТБ, были интегрированы во все методы.

Участники оценки

Критерии для включения:

Все участники (вышеупомянутые) должны соответствовать следующим критериям:

- Быть в возрасте от 18 лет и старше.
- Быть затронутыми туберкулезом за последние 5 лет.
- Предоставить информированное согласие на включение данных в процесс оценки.

Критерии для исключения: люди с туберкулезом, не желающие участвовать в оценке, или те, которые не могут или не в состоянии дать информированное согласие.

Регионы проведения оценки

По рекомендации Совещания заинтересованных сторон, которое состоялось 1 октября 2019 года, в качестве целевых регионов оценки были выбраны город Алматы и Алматинская область.

Сбор данных для оценки путем интервью с ключевыми информантами, глубинные интервью, фокус – группы были проведены в декабре 2019 года и январе 2020 года.

Соблюдение этических принципов. Инструменты оценки прошли этическую экспертизу в Локальной этической комиссии Казахского национального медицинского университета, протокол № 10(89) от 27 ноября 2019 года.

План сбора данных для г. Алматы и Алматинской области

	Сбор данных	Метод	Кол-во участников
1	Люди с ТБ (ЛТБ) – общие сведения (г.Алматы)	Глубинное интервью	15 (гендерный и возрастной баланс) ЛТБ (гендерный баланс), получившие диагноз за последние 5 лет
	ЛТБ – общие сведения (Алматинская область)	Глубинное интервью	15 (гендерный и возрастной баланс) ЛТБ (гендерный баланс), получившие диагноз за последние 5 лет
2	ЛТБ – общие сведения (г.Алматы)	Дискуссии в фокус-группах	11 (гендерный и возрастной баланс) ЛТБ, получившие диагноз за последние 5 лет
	ЛТБ – общие сведения (Алматинская область)	Дискуссии в фокус-группах	11 (гендерный и возрастной баланс) ЛТБ, получившие диагноз за последние 5 лет
3	ЛТБ – женщины (г.Алматы)	Дискуссии в фокус-группах	11 (возрастной баланс) женщин с ТБ, получившие диагноз за последние 5 лет

	ЛТБ – женщины (Алматинская область)	Дискуссии в фокус-группах	11 (возрастной баланс) женщин с ТБ, получившие диагноз за последние 5 лет
4	ЛТБ – мужчины (г.Алматы)	Дискуссии в фокус-группах	11 (возрастной баланс) мужчин с ТБ, получившие диагноз за последние 5 лет
	ЛТБ – мужчины (Алматинская область)	Дискуссии в фокус-группах	11 (возрастной баланс) мужчин с ТБ, получившие диагноз за последние 5 лет
5	ЛТБ – ЛЖВ (г.Алматы)	Дискуссии в фокус-группах	11 (гендерный и возрастной баланс) КГН ЛТБ, получившие диагноз за последние 5 лет
6	ЛТБ – ЛЖВ (Алматинская область)	Дискуссии в фокус-группах	11 (гендерный и возрастной баланс) КГН ЛТБ, получившие диагноз за последние 5 лет
7	ЛТБ – внутренние мигранты (г.Алматы)	Дискуссии в фокус-группах	11 (гендерный и возрастной баланс) КГН ЛТБ, получившие диагноз за последние 5 лет
8	ЛТБ – внутренние мигранты (Алматинская область)	Дискуссии в фокус-группах	11 (гендерный и возрастной баланс) КГН ЛТБ, получившие диагноз за последние 5 лет

Набор участников проходил на базе филиала ГКП на ПХВ «Межрайонный Противотуберкулезный Диспансер» по адресу: г. Алматы, ул. Наманганская, 19а, Алматинского регионального противотуберкулезного диспансера в г. Талгар, врачебной амбулатории села Покровка Центральной районной больницы Илийского района, ОФ «Реванш», ОФ «Доверие», ОФ «Санат Алеми», ОФ «Кризисный центр «Забота». Медицинские организации приглашали людей с туберкулезом, неправительственные организации приглашали представителей ключевых групп населения (ЛЖВ, внутренние мигранты), переболевших туберкулезом на интервью и фокус-группы посредством звонков на мобильные телефоны. Участие в интервью и фокус-группах предполагало поощрение в виде продуктовой карточки номиналом 5000 тенге, на которую можно закупить продукты питания в сети магазинов «Магнум».

Интервью и фокус-группы проводили два подготовленных интервьюера. Обучение для интервьюеров проводил международный консультант из организации TBCConsult (Саманта Соколовски).

1. Кабинетное исследование

Обзор правовой среды

Конституция Республики Казахстан², принятая в 1995 году, является Основным законом страны. Конституция призвана закрепить права и свободы человека и гражданина. В пункте 2 статьи 14 Конституции указано, что никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам. Статья 29 Конституции определяет право на охрану здоровья, в пункте 2 данной статьи указано, что граждане республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»³. Кодекс регулирует общественные отношения в области здравоохранения в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья.

Согласно Кодексу, государство гарантирует гражданам РК (статьи 87, 91): право на охрану здоровья; предоставление **гарантированного объема бесплатной медицинской помощи**⁴; равный доступ к медицинской помощи; качество медицинской помощи; доступность, качество, эффективность и безопасность лекарственных средств; проведение мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и здорового питания; неприкосновенность частной жизни, сохранение сведений, составляющих врачебную тайну; свободу репродуктивного выбора, охрану репродуктивного здоровья и соблюдение репродуктивных прав; санитарно-эпидемиологическое, экологическое благополучие и радиационную безопасность.

Вопросы, касающиеся прав и гарантий больных туберкулезом, описаны в Главе 18 «Оказание медико-социальной помощи больным туберкулезом» Особенной части Кодекса. Так, в пункте 1 статьи 105 «Оказание медицинской помощи больным туберкулезом» им гарантируются: медицинская помощь и лекарственное обеспечение в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи; социальная и правовая защита; **недопущение каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания**; осуществление профилактических мероприятий по снижению заболеваемости тяжелыми, остро-прогрессирующими формами туберкулеза среди детей.

Следует отметить, что последующие положения Кодекса относительно помощи людям с ТБ отличаются от принципов Модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей⁵. Так, в пункте 2 той же статьи 105, описывающей права больных туберкулезом, написано: «Больные заразной формой туберкулеза подлежат **обязательной госпитализации**, лечению и реабилитации». Следующая 106 статья Кодекса описывает «Порядок признания гражданина больным заразной формой туберкулеза», где указано, что признание гражданина больным заразной формой туберкулеза осуществляется на основании заключения организации здравоохранения с учетом результатов лабораторных исследований. А также, что

² Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года).

³ Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».

⁴ Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 13 мая 2015 года № 344 «Об утверждении Правил получения гражданами Республики Казахстан, оралманами, а также иностранцами и лицами без гражданства, постоянно проживающими на территории Республики Казахстан, гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/342461/TB_Content_WHO_PRO2_rus-final-12_07_2017.pdf.

порядок проведения медицинского обследования с целью признания гражданина больным заразной формой туберкулеза устанавливается МЗ РК⁶. Данный порядок описан в приказе МЗ РК № 481 «Об утверждении Правил проведения медицинского обследования с целью признания гражданина больным заразной формой туберкулеза», где также утверждается, что «больной заразной формой туберкулеза подлежит **обязательной госпитализации** в противотуберкулезную организацию для получения интенсивной фазы лечения и реабилитации». При этом в данном приказе есть пункт касательно прав пациента: «14. Гражданин, признанный больным заразной формой туберкулеза, находящийся на лечении, пользуется всеми правами граждан Республики Казахстан с ограничениями, связанными с необходимостью соблюдения режима пребывания в противотуберкулезной организации». Однако здесь следует отметить, что уже наличие данного пункта свидетельствует о существенном ограничении прав пациента. В Кодексе далее также указано, что «Гражданин, признанный больным заразной формой туберкулеза, может обжаловать решение организации здравоохранения в вышестоящем органе и (или) в суде». При этом этот пункт не вносит ясность, как осуществляется порядок обжалования и/или порядок действий организаций здравоохранения в случае вынесения решения в пользу пациента. Стоит отметить, что в Инструкции по организации медицинской помощи при туберкулезе расширены принципы применения амбулаторного лечения, где указано, что амбулаторное лечение также возможно в интенсивной фазе лечения.

Отдельная статья Кодекса о здоровье посвящена **принудительному лечению больных туберкулезом** (Статья 107). Данная статья Кодекса не соответствует положениям Международного пакта о гражданских и политических правах⁷, принятого Республикой Казахстан⁸, где в статье 9 указано, что «Каждый человек имеет право на свободу и личную неприкосновенность. Никто не может быть подвергнут произвольному аресту или содержанию под стражей. Никто не должен быть лишен свободы иначе, как на таких основаниях и в соответствии с такой процедурой, которые установлены законом».

Замечание общего порядка № 14 «Право на наивысший достижимый уровень здоровья» (статья 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах) Комитета по экономическим, социальным и культурным правам также признает принудительное лечение как ограничение прав человека⁹.

Согласно Кодексу, принудительное лечение граждан, больных туберкулезом, включает противотуберкулезное и симптоматическое лечение с изоляцией пациентов в специализированных противотуберкулезных организациях и осуществляется за счет бюджетных средств. Основаниями для принудительного лечения граждан, больных туберкулезом, являются:

- 1) отказ больного с диагнозом туберкулез, подтвержденным лабораторным методом, от лечения и отсутствие положительного результата всех методов его убеждения (консультация психолога, применение методов санитарного просвещения), зафиксированных в медицинской документации больного;

⁶Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2009 года № 481 «Об утверждении Правил проведения медицинского обследования с целью признания гражданина больным заразной формой туберкулеза».

⁷https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactpol.shtml

⁸https://tengrinews.kz/zakon/prezident_respubliki_kazahstan/mejdunapodnyie_otnosheniya_respubliki_kazahstan/id-U030001227_/.

⁹https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en.

2) самовольный уход и нарушение режима лечения в виде беспричинного пропуска приема семи суточных доз противотуберкулезных препаратов в течение календарного месяца, зафиксированного в медицинской документации больного.

Больные туберкулезом, подвергавшиеся принудительному лечению, после выписки из специализированной противотуберкулезной организации обязаны встать на учет в противотуберкулезную организацию по месту жительства. Решение о принудительном лечении граждан, больных туберкулезом и уклоняющихся от лечения, принимается судом по заявлению организаций здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

В статье 108 Кодекса разъясняются права больных туберкулезом, находящихся на принудительном лечении. Так, согласно Кодексу, больные туберкулезом, находящиеся на принудительном лечении, пользуются всеми правами граждан Республики Казахстан с ограничениями, связанными с необходимостью соблюдения режима пребывания в специализированной противотуберкулезной организации. Также отмечено, что направление на принудительное лечение в специализированную противотуберкулезную организацию не влечет за собой судимость, за больным туберкулезом, направленным на принудительное лечение, сохраняется место работы, время пребывания на принудительном лечении не прерывает трудовой стаж и засчитывается в общий трудовой стаж.

Порядок принудительного лечения описан в Приказе МЗ РК от 30 марта 2019 года № ҚР ДСМ-14 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи больным туберкулезом, направленным на принудительное лечение и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан»¹⁰. Данный документ содержит положения, ограничивающие права больных туберкулезом.

Принудительное лечение лиц, больных туберкулезом, освобождающихся из учреждений уголовно-исполнительной системы с незавершенным лечением, осуществляется в соответствии с «Правилами организации противотуберкулезной помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы, утвержденными приказом Министра внутренних дел Республики Казахстан от 19 августа 2014 года № 530»¹¹. Если в предыдущем приказе МЗ РК имеются критерии направления на принудительное лечение, в приказе МВД РК направлению на принудительное лечение подлежат больные туберкулезом, представляющие, как указано в документе, «опасность для окружающих»: 1) больные с сохраняющимся бактериовыделением и не прошедшие полный курс противотуберкулезного лечения; 2) больные с бактериовыделением, получающие только симптоматическое лечение из 1 «Г» группы диспансерного учета в соответствии с Приказом № 994 МЗ РК. В данном случае отсутствует применение подхода, ориентированного на нужды людей. Документ МВД РК также содержит положения, ограничивающие права больных с туберкулезом.

Социальная поддержка больным туберкулезом имеет большое значение в успехе лечения. В Кодексе о здоровье имеется статья 111 «Социальная помощь больным туберкулезом». Согласно этой статье, больным туберкулезом, выписанным из специализированной противотуберкулезной медицинской организации по окончании принудительного лечения, местные исполнительные органы оказывают содействие только в их трудовом и

¹⁰ https://tengrinews.kz/zakon/pravitelstvo_respubliki_kazahstan_premier_ministr_rk/zdravoohranenie/id-V1900018482/.

¹¹ http://mvd.gov.kz/portal/page/portal/mvd/mvd_page/mvd_norm_baza_current/mvd_norm_baza_prikaz/%D0%9F%D0%98-10614-%D0%9C%D0%92%D0%94%20%D0%A0%D0%9A-%E2%84%96574%20%D1%80%D1%83%D1%8104102018175316.pdf.

бытовом устройстве. Также в статье 105 Кодекса указано, что больным туберкулезом государством гарантируются социальная и правовая защита.

По данным проведенного Казахстанским Союзом ЛЖВ качественного исследования «Мониторинг доступа и качества услуг, проведенного силами сообщества людей, затронутых ТБ» (2016)¹², несмотря на наличие доступа к лечению туберкулеза, имеются серьезные недостатки качества предоставления лечения для ЛЖВ, более трети пациентов указали на прерывание лечения. При этом основными причинами называются недостаточность социальной поддержки и побочные эффекты. Отсутствие денег на проезд, постоянного источника дохода, полноценного питания и других факторов может значительно повлиять на возможность соблюдения режима лечения как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара.

В то же время, несмотря на отсутствие положения о социальной поддержке больных туберкулезом в Кодексе, на уровне местной исполнительной власти выделяются определенные финансовые средства на социальную поддержку. Так, по данным интервью¹³ директора ННЦФ М.М. Аденова, «...социальная помощь казахстанцам за последние четыре года увеличилась в 2,5 раза. По итогам 2017 года она составила более одного млрд тенге. То есть практически 75% больных на амбулаторном лечении на регулярной основе получают денежные пособия, продуктовые пакеты, проездные, для того чтобы они не прерывали лечение».

Правовая среда в Казахстане относительно права на труд людям с ТБ была усовершенствована. В настоящее время, согласно приказу МЗ РК¹⁴ № 994, в процессе лечения допускаются к учебе или работе больные туберкулезом с ограниченными процессами без бактериовыделения или со стойкой конверсией мазка мокроты, находящиеся на амбулаторном этапе, независимо от категории и фазы лечения, имеющие удовлетворительное состояние, хорошую переносимость противотуберкулезных препаратов и приверженность к контролируемому приему противотуберкулезных препаратов.

В то же время в процессе лечения не допускаются к учебе или работе больные туберкулезом с: 1) бактериовыделением, выраженными деструктивными изменениями в легких, осложнениями специфического процесса, выраженными побочными реакциями противотуберкулезных препаратов, низкой приверженностью к контролируемому приему противотуберкулезных препаратов; 2) работники перинатальных центров (родильных отделений), детских больниц (отделений), отделений патологии новорожденных и недоношенных; дошкольных организаций (детские ясли/сады, дома ребенка, детские дома, детские санатории) и младших классов школьных организаций независимо от формы и диагноза туберкулеза.

Следует отметить, что это обновление правовой среды является существенным прогрессом, так как в предыдущих версиях приказов МЗ РК был перечень специальностей, по которым лица, переболевшие ТБ, не могли работать и после излечения.

Отдельным проблемным вопросом является невозможность оказания социальной помощи лицам без паспортов и/или регистрации, прописки, нелегальным мигрантам.

Коалиция Нового Поколения правозащитников (2019)¹⁵ в своем обзоре по ситуации с правами человека указывают, что существующая в настоящее время в Казахстане ситуация

¹² Отчет по результатам опроса, проведенного силами сообщества людей, затронутых ТБ, КазСоюз ЛЖВ, 2016.

¹³ <https://rezonans.kz/vlast/4383-kazakhstan-edinstvennyj-v-mire-effektivno-lechit-tuberkuljoz-ekspert..>

¹⁴ Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года № 994 «Об утверждении Инструкции по организации оказания медицинской помощи при туберкулезе».

¹⁵ Совместное представление о ситуации с правами человека в Казахстане для Универсального периодического обзора, 34-я сессия Совета ООН по правам человека, 2019.

с предоставлением медицинских услуг мигрантам направлена исключительно на то, чтобы не дать им умереть «при внезапных острых состояниях, угрожающих жизни больного или здоровью окружающих», что никак не соответствует праву человека на «наивысший достижимый уровень здоровья», а минимальные стандарты не закреплены в казахстанском законодательстве, в том числе не применяется термин «трудящийся мигрант» в связи с тем, что Казахстан не является участником Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей.

Также большинство ведомственных инструкций, утвержденных приказами Министерства здравоохранения, направлены на систематизацию медицинской документации, заполнение которой не влияет на достижение мигрантами «возможно высшего уровня здоровья» и лишь способствует улучшению статистической отчетности. Например, в формах медицинской документации необходимо указывать индивидуальный идентификационный номер (ИИН) пациента, которого не может быть у большинства временно пребывающих в Республике Казахстан иностранцев, а тем более у мигрантов с неурегулированным статусом, что препятствует их доступу к получению медицинских услуг. Все эти факторы напрямую влияют на уменьшение продолжительности жизни, качество жизни и увеличение смертности мигрантов и указывают на дискриминацию по признаку гражданской принадлежности.

Также в обзоре указано, что «казахстанская государственная медицинская система не обеспечивает реализацию права на наивысший достижимый уровень здоровья без дискриминации для уязвимых групп населения, например, людей, употребляющих инъекционные наркотики, мигрантов, людей с инвалидностью». Нарушения выражаются в физической и экономической недоступности медицинских услуг, отсутствии квалифицированного персонала, услуг и программ по охране здоровья, в том числе сексуального и репродуктивного, современной диагностики. Уровень качества предоставляемой медицинской помощи в отдаленных населенных пунктах значительно ниже городского. В нарушение законодательства медицинский персонал не всегда информирует пациентов об их праве на свободное и информированное согласие на медицинское вмешательство. Отсутствие знаний о правах человека, достоинстве, этических стандартах приводит к дискриминационным практикам». В то же время в противотуберкулезной программе используется форма ТБ14/у «Согласие больного на лечение» на основе информированного согласия пациента¹⁶. Несмотря на отсутствие ИИН у мигрантов в регионах они регистрируются в ИС «НРБТ» и получают курс лечения как чувствительного, так и лекарственно устойчивого ТБ. Хотя центры фтизиопульмонологии не получают компенсацию за расходы, связанные с лечением мигрантов, лиц без гражданства, лиц, не имеющих документов.

Выводы:

1. Несмотря на имеющиеся в Конституции и Кодексе о здоровье населения положения о гарантиях соблюдения прав человека, имеются также и положения, ограничивающие права людей с ТБ в части принудительного лечения.
2. В нормативно-правовых актах МЗ РК присутствуют положения не соответствующие модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей в части обязательной госпитализации больных туберкулезом.

¹⁶Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 сентября 2011 года № 583 «О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения"».

3. В рамках оценки рекомендуется рассмотреть вопросы соблюдения прав человека на пути излечения от ТБ, доступа к социальной поддержке, доступа к диагностике и лечению ТБ для людей без паспортов и/или регистрации, прописки, нелегальным мигрантам.

Гендер

Основным законодательным актом в сфере гендерной политики является принятый в 2009 году Закон Республики Казахстан «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей мужчин и женщин»¹⁷. Закон регулирует общественные отношения в области обеспечения государственных гарантий равных прав и равных возможностей мужчин и женщин и устанавливает основные принципы и нормы, касающиеся создания условий для гендерного равенства во всех сферах государственной и общественной жизни.

Казахстан присоединился к Конвенциям ООН по правам женщин, а именно: «О ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин», «О политических правах женщин», «О гражданстве замужней женщины». Также Казахстан подписал ряд актов Международной организации труда, касающихся прав женщин и детей: «О равном вознаграждении мужчин и женщин за труд равной ценности» от 29 июня 1951 г. (Закон Республики Казахстан от 14 декабря 2000 г. № 115-II «О ратификации Конвенции о равном вознаграждении мужчин и женщин за труд равной ценности»); «О принудительном или обязательном труде» от 28 июня 1930 г. (Закон Республики Казахстан от 14 декабря 2000 г. № 120-II «О ратификации Конвенции о принудительном или обязательном труде»); «О дискриминации в области труда и занятий» от 4 июня 1958 г. (Закон Республики Казахстан от 14 декабря 2000 г. № 120-II «О ратификации Конвенции о принудительном или обязательном труде»).

В настоящее время в Казахстане принята Концепция семейной и гендерной политики в Республике Казахстан до 2030 года¹⁸. Согласно Концепции, целью государственной гендерной политики являются достижение паритетных прав, выгод, обязанностей и возможностей мужчин и женщин во всех сферах жизнедеятельности общества, преодоление всех форм и проявлений дискриминации по половому признаку. Реализация Концепции будет способствовать созданию условий для реализации женщинами и мужчинами их права на жизнь без дискриминации по признаку пола. Укрепление института гендерного равенства путем государственного регулирования и внедрения оценки гендерного воздействия в систему государственного и бюджетного планирования, а также при разработке нормативных правовых актов.

В страновом отчете¹⁹ в Комитет по ликвидации дискриминации в отношении женщин Казахстан отметил, что мероприятия по укреплению репродуктивного здоровья женщин ориентированы на повышение доступности услуг по планированию семьи, включая лечение бесплодия, ликвидацию небезопасных абортов, борьбу с инфекциями, передающимися преимущественно половым путем. В связи с этим как приоритетное направление осуществляется модернизация первичной медико-санитарной помощи, предусматривающая развитие универсальной, интегрированной, социально ориентированной, доступной и качественной медицинской помощи на первичном звене. Для улучшения охраны репродуктивного здоровья, раннего выявления заболеваний, диспансерного наблюдения и оздоровления разработаны и внедрены национальные скрининговые программы (раковые заболевания и др.), алгоритм обследования женщин фертильного возраста.

В то же время организациями гражданского общества подготовлен «Теневой отчет гражданского сообщества о дискриминации и насилии в отношении женщин, живущих с ВИЧ, женщин, употребляющих наркотики, секс-работниц и женщин из мест лишения

¹⁷ https://online.zakon.kz/document/?doc_id=30526983.

¹⁸ https://tengrinews.kz/zakon/prezident_respubliki_kazahstan/konstitutsionnyy_stroy_i_osnovyi_gosudarstvennogo_upravleniya/id-U1600000384/.

¹⁹ https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fKAZ%2fQ%2f5%2fadd.1&Lang=en.

свободы»²⁰. В этом теневом докладе описывается положение женщин, живущих с ВИЧ, женщин, употребляющих наркотики, секс-работниц и женщин из мест лишения свободы в Казахстане. Отчет основан на исследованиях и случаях нарушения прав, зарегистрированных организациями гражданского общества в 2015-2018 гг., и официальных источниках информации. В докладе содержится информация об институционализированной дискриминации женщин, употребляющих наркотики, женщин, живущих с ВИЧ, секс-работниц и женщин из мест лишения свободы, таких как криминализация маргинализированных групп женщин, насилие и жестокость, с которыми они сталкиваются в государственных учреждениях – правоохранительных органах и медицинских учреждениях, нарушения родительских и репродуктивных прав, раскрытие статуса, доступ женщин, употребляющих наркотики, к опиоидной заместительной терапии.

По заказу Многостранового отделения Структуры «ООН-женщины» в Центральной Азии в Казахстане в 2015 году был проведен гендерный анализ национальной политики в сфере ВИЧ и СПИД²¹. Целью проведения гендерного анализа было обеспечение обоснования для разработки и стратегического планирования национальных программ в области ВИЧ и СПИДа на основе гендерных подходов и интеграции вопросов ВИЧ в широкую национальную гендерную повестку. Так, результаты гендерного анализа показали, что недостаточно внимания уделяется вопросам защиты прав женщин и девушек, живущих с ВИЧ, женщин, употребляющих наркотики, секс-работниц и женщин в местах лишения свободы. Отсутствует общественный резонанс вокруг этих проблем. Многие женщины страдают от неприятия ВИЧ-статуса близким окружением, что, в частности, приводит к случаям домашнего насилия, нарушению имущественных и других прав, потери семьи и дома. Законодательно государство гарантирует доступность и качество медицинского обследования, наблюдения, предоставление психосоциальных, юридических и медицинских консультаций, медицинскую помощь и лекарственное обеспечение в пределах гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, социальную и правовую защиту и недопущение каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания. На практике модели оказания медицинских, социально-правовых и других услуг не учитывают гендерные нормы, стигматизацию в обществе и со стороны поставщиков услуг, особенно в сельской местности.

Недостаточно используется потенциал женщин, затронутых эпидемией ВИЧ и СПИД, и ключевых групп населения в процессах подготовки, принятия и мониторинга политик и стратегий по ВИЧ и СПИД, гендеру и насилию; а также в подготовке национальных отчетов о ходе выполнения декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИД, Национального и Теневого отчетов Комитету по ликвидации всех форм насилия в отношении женщин.

Остаются мало изученными вопросы женщин в местах лишения свободы, в контексте гендера и ВИЧ. В национальном отчете за 2014 год о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИД показатели (индикаторы) охвата услугами в пенитенциарной системе не дезагрегированы по возрасту и полу за исключением данных ДЭН. Описанные в отчете мероприятия являются гендерно-нейтральными и не позволяют сделать выводы о целях интервенций и как они соответствуют потребностям целевой группы.

²⁰ https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCEDAW%2fCSS%2fKAZ%2f37320&Lang=en.

²¹ Гендерный анализ национальной политики в сфере ВИЧ и СПИД в Республике Казахстан, ЦАА ЛЖВ, 2015 год.

Женщины из группы секс-работниц и людей, употребляющих инъекционные наркотики, получающие услуги профилактики, отмечают низкое качество услуг, а также случаи стигмы и дискриминации со стороны поставщиков услуг. Профилактика ВИЧ-инфекции в парах является важным подходом, который может играть ключевую роль в снижении риска передачи ВИЧ-инфекции от мужчин ЛУИН их половым партнерам женщинам, употребляющим и не употребляющим наркотики.

Существуют правовые барьеры (Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения), не позволяющие женщинам-мигрантам анонимно и добровольно проходить тестирование на ВИЧ-инфекцию и получать женщинам-мигрантам, живущим с ВИЧ, минимальный пакет медицинской помощи, в том числе АРТ, ОЗТ, лечение ТБ и ИППП.

К сожалению, в Казахстане подобный гендерный анализ политик в отношении туберкулеза не проводился. Однако ввиду того, что люди, живущие с ВИЧ, являются одной из ключевых групп в отношении туберкулеза в Казахстане, существует вероятность, что вышеуказанные вопросы, связанные с гендером, могут встречаться и при доступе к услугам по туберкулезу.

В Страновой гендерной оценке (Азиатский банк развития, 2018)²² отмечено, что, несмотря на устойчивую положительную динамику, показатели здравоохранения в Казахстане относительно низкие в сопоставлении со странами ОЭСР и постсоветскими государствами. Повсеместно в стране, за исключением крупных городов, отмечается нехватка врачей – обеспеченность врачами в областях как минимум в два раза меньше, чем в Астане и Алматы. Такой региональный дисбаланс серьезно препятствует выполнению обязательств в рамках «Цели устойчивого развития 3» (ЦУР) по обеспечению здорового образа жизни населения, а также «ЦУР5» по гендерному равенству, поскольку женщинам в сельской местности по-прежнему не оказываются адекватные услуги здравоохранения. В гендерной оценке также отмечено, что вызывают беспокойство такие инфекционные заболевания, как туберкулез и хронические болезни. Существуют гендерные различия в подверженности этим заболеваниям, поэтому для разработки эффективных стратегий здравоохранения необходимо проанализировать эти гендерные особенности. Следует заметить, что сам документ не раскрывает каких-либо специфических гендерных различий относительно туберкулеза.

Одним из гендерных барьеров в контексте туберкулеза в Казахстане является прерывание беременности. Прерывание беременности у женщин с туберкулезом легких, регламентировано Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 626 «Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности»²³. Согласно этому документу, все активные формы туберкулеза являются медицинским показанием к искусственному прерыванию беременности. При этом следует отметить, что ВОЗ в своих рекомендациях даже не упоминает туберкулез как показание для прерывания беременности. ВОЗ отмечает, что начало лечения туберкулеза связано с лучшими исходами для матери и ребенка, чем позднее начало лечения²⁴. При этом следует помнить, что диагностика туберкулеза во время беременности может быть затруднена из-за неопределенного, неспецифического характера симптомов²⁵. Следует отметить, что на практике фтизиатрической службой внесены предложения по изъятию туберкулеза из списка критериев для прерывания

²² Казахстан: Страновая гендерная оценка, декабрь, 2018. – Азиатский банк развития <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/501696/kazakhstan-country-gender-assessment-ru.pdf>.

²³ <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005864>.

²⁴ <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/antenatal-care/who-recommendation-tuberculosis-testing-pregnancy>.

²⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813636/>.

беременности. В настоящее время решение о прерывании или сохранении принимается беременной женщиной после консультации специалистов. Достаточно большое количество женщин сохраняют беременность, рожают детей и успешно излечиваются.

Как было отмечено выше, женщины из ключевых групп больше всего сталкиваются с насилием, в том числе и бытовым насилием. В Казахстане действуют 28 кризисных центров для жертв бытового насилия²⁶. Однако, к сожалению, если в кризисный центр обратится женщина с туберкулезом, то ей будет отказано. Отказ будет мотивирован Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 декабря 2016 года № 1079²⁷ «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг жертвам бытового насилия», где в перечне показаний к отказу услуг указан туберкулез в активной стадии процесса. В настоящее время вносятся дополнения в данный приказ, где туберкулез в активной стадии процесса будет заменен на туберкулез с бактериовыделением. В случаях бытового насилия и когда женщина не имеет возможности найти себе убежище, лечение туберкулеза отходит на второй план и возможен риск прерывания лечения. Вышеуказанное положение приказа № 1079 следует рассматривать как гендерный барьер в контексте туберкулеза.

В Казахстане ведется учет случаев заболевания туберкулезом по гендерному признаку. Так, в 2017 году зарегистрированные случаи заболевания туберкулезом были распределены следующим образом: 60,5% – мужчины, 39,5% – женщины. Соотношение между мужчинами и женщинами составило 1,53 (в 2013-2016 годах данный показатель варьировался от 1,53 до 1,66). Вместе с тем в доступных материалах мы не увидели анализа других показателей в разрезе гендера, таких как охват лечением, эффективность лечения и других показателей.

В ряде научных статей также отмечены гендерные различия в распространенности туберкулеза. Так, Т.А. Маймаков с соавт. (2013)²⁸ сделали вывод о том, что наметилась неблагоприятная динамика в распространенности, заболеваемости, смертности лекарственной устойчивости формами туберкулеза. Заболеваемость и смертность от туберкулеза чаще регистрируются у мужчин трудоспособного возраста. S. Hermosilla et al. (2017)²⁹ считают, что сохранение туберкулеза в Казахстане предполагает необходимость расширения усилий по борьбе с индивидуальными и социальными детерминантами заболевания. В результате проведенного исследования авторы пришли к выводу, что мужчины, больные диабетом, злоупотребляющие алкоголем и находившиеся в заключении, имеют более высокие шансы получить положительный результат анализа мазка. Авторы считают, что активное выявление случаев заболевания и целенаправленные вмешательства, направленные на скрининг и лечение этих групп, могут значительно помочь уменьшить передачу туберкулеза.

Выводы:

1. В Казахстане на официальном уровне признана и принята Стратегия гендерного равенства.
2. В Казахстане мало изучены данные по гендерным барьерам в отношении доступа к услугам по профилактике и лечению ТБ.

²⁶ <https://eca.unwomen.org/ru/news/stories/2016/10/kazakhstans-nonstate-domestic-violence-crisis-centres-seek-funding>.

²⁷ https://tengrinews.kz/zakon/pravitelstvo_respubliki_kazahstan_premier_ministr_rk/bpak_i_semya/id-V1600014701/.

²⁸ Маймаков Т.А., Куракбаев К.К., Булешов М.А. Распространенность и динамика заболеваемости лекарственно-устойчивым туберкулезом в Южном Казахстане.-Вестник КазНМУ, №4(1).-2013.

²⁹ Hermosilla S. et al. Identifying risk factors associated with smear positivity of pulmonary tuberculosis in Kazakhstan.- PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0172942 March 1, 2017.

3. По данным «Теневого отчета гражданского сообщества о дискриминации и насилии в отношении женщин, живущих с ВИЧ, женщин, употребляющих наркотики, секс-работниц и женщин из мест лишения свободы» в Казахстане имеется информация об институционализированной дискриминации женщин, употребляющих наркотики, женщин, живущих с ВИЧ, секс-работниц и женщин из мест лишения свободы, таких как криминализация маргинализированных групп женщин, насилие и жестокость, с которыми они сталкиваются в государственных учреждениях – правоохранительных органах и медицинских учреждениях, нарушения родительских и репродуктивных прав, раскрытие статуса, доступ женщин, употребляющих наркотики к опиоидной заместительной терапии.
4. В рамках оценки рекомендуется рассмотреть вопросы доступа к услугам по диагностике и лечению ТБ для женщин из ключевых групп населения.

Ключевые группы населения

Глобальный план по борьбе с туберкулезом описывает ключевые группы населения, как группы уязвимых людей с повышенным риском заболевания ТБ по причине условий, в которых они живут и работают, людей с ограниченным доступом к качественным медицинским услугам, а также людей из группы риска, обусловленным биологическими или поведенческими факторами³⁰.

В качестве ключевых групп в Стандарте оказания населению медицинской помощи при туберкулезе³¹ указываются «группы риска»: лица, живущие с ВИЧ, потребители инъекционных наркотиков, контактные, лица без определенного места жительства, мигранты и осужденные. В Стандарте указано, что выявление и диагностика туберкулеза среди «группы риска», среди детей и подростков, внелегочного туберкулеза проводится по диагностическим алгоритмам.

В некоторых из приказов МЗ РК имеется ряд выделенных групп, на которые направлены определенные вмешательства. Так, в Инструкции по организации оказания медицинской помощи при туберкулезе³² (пункт 75) указан перечень групп населения с высоким риском заболевания, подлежащих обязательному ежегодному флюорографическому обследованию на туберкулез. Среди них:

- лица, контактные с больным туберкулезом, независимо от бактериовыделения;
- лица, состоящие на диспансерном учете с хроническими обструктивными заболеваниями легких,
- сахарным диабетом,
- алкоголизмом,
- наркоманиями,
- вирусом иммунодефицита человека/синдромом приобретенного иммунного дефицита и получающие иммуносупрессивную терапию;
- лица, имеющие остаточные явления в легких любой этиологии;
- лица, освободившиеся из мест заключения.

В информационной системе «Национальный регистр больных туберкулезом» (НРБТ) отслеживаются следующие группы риска и факторы риска: контактный с ТБ, контактный с ТБ МЛУ, контактный с ТБ ШЛУ, сахарный диабет, наркомания, злоупотребление алкоголем, нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года, ВИЧ.

Страновая заявка по компоненту «туберкулез» в Глобальный фонд на 2020-2022 годы указывает, что среди мероприятий, которые будут выполнять неправительственные организации, будет поддержка в выявлении случаев ТБ и ЛУ-ТБ, ведении случаев заболевания и профилактике среди уязвимых и социально-неблагополучных групп населения, таких как ЛЖВ, ЛУИН, мигранты, заключенные, бывшие заключенные и бездомные.

В рамках кабинетного анализа далее был произведен поиск данных по выявляемости/распространенности туберкулеза по ключевым группам. К сожалению, статистический сборник «Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан за 2017 г.»³³ не содержит информации по статистике туберкулеза среди ключевых групп

³⁰ http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016-2020_StopTBPartnership.pdf.

³¹ Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 2 февраля 2016 года № 77 «Об утверждении Стандарта организации оказания населению медицинской помощи при туберкулезе».

³² Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года № 994 «Об утверждении Инструкции по организации оказания медицинской помощи при туберкулезе». <https://www.nncf.kz/upload/2017.pdf>.

населения, кроме группы осужденных. Единственным источником данных по некоторым из ключевых групп является Страновая заявка по туберкулезу в Глобальный фонд³⁴.

В заявке указано, что по группе заключенных/осужденных ежегодное количество случаев активного ТБ в учреждениях содержания под стражей и следственных изоляторах в период с 2008 по 2017 год сократилось в 4,8 раза и в 2,5 раза соответственно (в 4,2 раза в общей сложности). Уровень всех случаев ТБ на 100 000 заключенных за тот же период сократился с 5406 до 2015 человек (в 2,7 раза), при этом он был в 25 раз выше по сравнению с уровнем в масштабе всей страны.

По группе людей, живущих с ВИЧ, представлены следующие данные. В 2017 году почти все (98%) находящиеся на лечении больные туберкулезом прошли тест на ВИЧ, а 87% ЛЖВ, зарегистрированных в центрах по борьбе со СПИД, были подвергнуты скринингу на ТБ с применением различных методов. Количество зарегистрированных случаев (всех форм) ВИЧ-ассоциированного ТБ в 2017 году составило 734 по сравнению с 736 в 2016 году и 781 в 2015 году. Коэффициент распространенности ТБ/ВИЧ среди всех случаев ТБ в 2017 году составил 5,0% (2015 год - 4,7%, 2016 год - 4,9%).

По группе трудовых мигрантов по результатам проекта ГФ, 2014-2017, который был реализован ProjectHOPE³⁵, представлены следующие данные: более 44 000 мигрантов получили доступ к скринингу на туберкулез, было выявлено более 1600 пациентов с туберкулезом (3,6% выявляемости); более 145 000 мигрантов получили критически важную информацию о туберкулезе благодаря аутрич-работе. В рамках Программы большинство из этих мигрантов с туберкулезом (внутренним и внешним) получали ежемесячную мотивационную поддержку во время амбулаторного лечения.

Выводы:

1. В официальных отчетных документах по ситуации с туберкулезом отсутствуют данные по некоторым ключевым группам: потребители инъекционных наркотиков, лица без определенного места жительства, мигранты.
2. В публикациях, касающихся эпидемиологии ТБ в Казахстане присутствуют данные только по ЛЖВ, осужденным.

³⁴ <http://ccmkz.kz/upload/KAZ%20TB%20Proposal%202020-2022.rar>.

³⁵ <https://www.tbcoalition.eu/2018/04/20/in-three-years-over-44000-labor-migrants-in-kazakhstan-were-examined-for-tuberculosis-with-the-assistance-of-the-international-organization-project-hope/>

Стигма

Как уже было отмечено в разделе «Обзор правовой среды» в Конституции страны указано, что никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам. Также данный вопрос поднимается в Кодексе о здоровье населения, где в главе об оказании помощи больным туберкулезом указано о недопущении каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания.

В Казахстане создано Национальное партнерство «Остановим туберкулез в Казахстане»³⁶. Основная миссия Партнерства – консолидировать усилия государственных, неправительственных и частных организаций в борьбе с болезнью, чтобы повысить качество и доступность современной помощи и снизить стигму и дискриминацию в отношении людей, затронутых туберкулезом и ВИЧ. В последнее время в стране реализуются проекты по борьбе со стигмой в отношении людей с ТБ. Однако, к сожалению, на сегодняшний день отсутствуют данные по стигме и дискриминации людей с ТБ.

Исследование по стигме и дискриминации в Казахстане проводилось в рамках Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ. Данное исследование проводилось в 2015 году Центрально-Азиатской Ассоциацией людей, живущих с ВИЧ (ЦАА ЛЖВ). Согласно основным выводам исследования, каждый четвертый ЛЖВ Казахстана сталкивался с разглашением информации о своем ВИЧ-статусе в медицинском учреждении, каждый третий ЛЖВ не получал консультаций по своим репродуктивным возможностям, а каждый четвертый – получал советы от медицинских работников не иметь детей. Внутренняя стигма ЛЖВ Казахстана проявляется, прежде всего, в чувствах вины и стыда. У каждого десятого ЛЖВ были суицидальные мысли.

Также ЦАА ЛЖВ в 2017 году была проведена Оценка стигмы и дискриминации в отношении ЛЖВ и ключевых групп населения в медицинских учреждениях гг. Павлодар и Усть-Каменогорск. Результаты оценки показали, что уровень обеспокоенности у медицинских работников из-за страха заражения ВИЧ очень высокий. Результаты оценки также показали, что отношение медицинских работников к ЛЖВ и ключевым группам населения в целом негативное. 45,2% (ответы «полностью согласен» и «согласен») опрошенных согласны с утверждением, что люди заражаются ВИЧ при безответственном поведении, 34% опрошенных считают, что у большинства людей, живущих с ВИЧ, было много сексуальных партнеров, 23,3% респондентов считают, что людям, живущим с ВИЧ, должно быть стыдно за себя, 56,7% медицинских работников отмечают, что большинство людей, живущих с ВИЧ, не волнует вопрос, а что, если они заразят других людей.

Выводы:

1. В Казахстане отсутствуют данные по стигме и дискриминации в отношении людей, затронутых ТБ, но были исследования по стигме и дискриминации людей, живущих с ВИЧ.
2. Имеются предпосылки по стигме и дискриминации в отношении ключевых групп населения со стороны медицинских работников на основании проведенной Оценки стигмы и дискриминации в отношении ЛЖВ и ключевых групп населения в медицинских учреждениях гг. Павлодар и Усть-Каменогорск.
3. В рамках оценки рекомендуется изучить вопросы стигмы и дискриминации в отношении людей с ТБ со стороны медицинских работников на всем пути излечения от ТБ.

³⁶ <http://qaztbstop.kz/>.

2. Результаты оценки СПГ на основании проведенных ГИ, ФГ и ИКИ

Оценка СПГ – это качественное исследование, которое проводилось среди людей, затронутых туберкулезом. Основой методологии проведения фокус-групп и глубинных интервью с людьми, затронутыми туберкулезом, является «Путь излечения от туберкулеза (TB Journey)». Путь излечения от туберкулеза состоит из 7 шагов:

1. Признание симптомов.
2. Обращение за помощью.
3. Получение точного диагноза.
4. Начало лечения.
5. Получение помощи в соблюдении режима лечения.
6. Завершение лечения.
7. Получение дальнейших услуг после прохождения лечения.

Исследование ставило целью выяснить, встречались ли люди, затронутые туберкулезом, с какими-либо препятствиями или барьерами на пути излечения в контексте прав, гендера, стигмы и ключевых сообществ и как эти барьеры влияли или могли повлиять на исход лечения туберкулеза.

Правовые барьеры

В рамках оценки правовые барьеры рассматривались как те барьеры, которые препятствовали получению или предоставлению услуг в связи с действующими нормативно-правовыми актами (НПА), структурными барьерами в системе здравоохранения, барьеры к оказанию услуг, связанные с невыполнением и/или неосведомленностью с действующими НПА.

Основные правовые барьеры, на которые ЛТБ указывали практически во всех интервью, это:

- вопросы прикрепления к учреждениям ПМСП;
- ограниченный доступ к социальной поддержке;
- в ряде случаев работающим пациентам и пациентам с детьми было нужно посещать медицинские учреждения каждый день для получения лечения в амбулаторных условиях, что не соответствовало пациент-ориентированному подходу к оказанию услуг;
- отсутствие квалифицированной психологической помощи на всех этапах лечения, социальные работники не выполняют своих функций по поддержке пациентов с ТБ.

В соответствии с Правилами прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи, утвержденных Приказом МЗСР РК № 281 от 28.04.2015, прикрепление граждан к организации ПМСП осуществляется по месту постоянного или временного проживания, работы, учебы, с учетом права свободного выбора врача, медицинской организации в пределах одной административно-территориальной единицы, за исключением граждан, проживающих на приграничных территориях, которые по праву свободного выбора медицинской организации прикрепляются в близлежащую поликлинику, расположенную на другой административно-территориальной единице. Прикрепление к поликлинике осуществляется на основе заявления произвольной формы и документа, удостоверяющего личность (удостоверение личности, паспорт, свидетельство о рождении, иной документ, выданный в установленном законодательством РК порядке). Согласно данным правилам, гражданин прикрепляется и получает медицинские услуги только в одной организации ПМСП. Соответственно, отсутствие по каким-либо причинам в списках прикрепления населения в поликлинике для ЛТБ является препятствием для дальнейшего получения медицинских

услуг. ЛТБ просто не пройдет дальше регистратуры поликлиники и он/она будет терять время для прикрепления в поликлинику. В случае если ЛТБ прикреплен к поликлинике в другой области, то, со слов участников фокус-групп, процесс открепления и прикрепления занимает еще большее время.

Отсутствие документов

Женщина, Алматы, фокус-группа с внутренними мигрантами:

«Я из Семипалатинска у меня не было прописки, у меня была открытая форма ТБ, скорая помощь меня не забирала, постоянно просили, чтоб я уехала по месту прописки в г. Семипалатинск и 4 раза меня не забирала, только на пятый раз приехали с ТБ диспансера и сразу госпитализировали. У меня была проблема с прикреплением в ПМСП, основная прописка была в области, временная в городе, так как я студентка и было временное прикрепление к студенческой поликлинике. Они меня отправили в область. ПМСП не захотели меня принимать и мне пришлось искать в Алматы место, где у кого можно было прописаться. Потом я нашла кое-как где прописаться в г. Алматы. Я даже не знала и мне врачи не сказали, что я студентка и прикреплена к студенческой поликлинике и должны были меня принять в студенческой поликлинике».

Важно отметить, что проблема прикрепления касается только учреждений ПМСП, в случае если ЛТБ обращается напрямую в противотуберкулезный диспансер, он/она получают медицинские услуги без каких-либо промедлений и препятствий, даже если у человека нет документов, удостоверяющих личность.

Как было отмечено в кабинетном исследовании, для ЛТБ выделяется социальная поддержка в виде денежных пособий, продуктовых пакетов, проездных билетов и других видов помощи. В Казахстане отсутствуют единые стандарты оказания социальной поддержки ЛТБ. Это входит в компетенцию местных исполнительных органов, порядок получения, размер и виды социальной поддержки утверждаются местными исполнительными органами. Результаты оценки показали, что сам процесс получения социальной поддержки бюрократизирован. Для получения социальной поддержки ЛТБ должен приложить значительные усилия и многие из ЛТБ, участвовавших в оценке, сообщают, что социальную поддержку они получили ближе к концу лечения или вовсе отказались от её получения. Также одним из проблемных вопросов, о которых сообщили ЛТБ, является то, что медицинские работники предоставляют недостаточную информацию о доступной поддержке. Люди сообщают, что узнавали о возможности получения социальной поддержки поздно и случайно. Порядок получения социальной поддержки предполагает сбор определенного пакета документов и, соответственно, отсутствие какого-либо из них также является причиной отказа в социальной поддержке. Как сообщают ЛТБ, отсутствие постоянного дохода во время лечения, зависимость от близких, отсутствие документов и связанное с этим уязвимое положение влияет на исходы лечения.

Также ЛТБ сообщили, что имеет место неравномерность предоставления социальной поддержки. Так, пациенты в Алматинской области получают социальную поддержку значительно меньшую, чем в городе Алматы.

Мужчина, Алматы, глубинное интервью:

«Социальная поддержка есть от государства, но ее невозможно получить, так как там такая бюрократическая система, нужно собрать кучу документов, пройти «семь кругов ада», а когда ты болеешь, у тебя просто отпадает желание получать эту адресную

помощь. Чтоб получить эту адресную помощь, еще должны принести справку о доходах семьи, при чем тут семья, семья же не будет говорить, о том, что они не хотят меня содержать».

Поликлиники являются первыми медицинскими учреждениями, куда люди обращаются при первых симптомах каких-либо болезней. Известно, что 90% больных ТБ при первичном заболевании обращаются в учреждения ПМСП. В рамках оценки ЛТБ сообщили, что обращение в поликлинику даже при наличии РПН и соответствующих симптомов ТБ не приводит к немедленным действиям со стороны медицинских работников в отношении алгоритма диагностики туберкулеза. Для поликлиник характерно бесконечное перенаправление между кабинетами, в просторечии «футбол», где пациент в надежде получить диагноз теряет драгоценное время. ЛТБ отмечают, что в большинстве случаев у врачей общей практики отсутствует настороженность в отношении туберкулеза, при наличии классической симптоматики туберкулеза врачи не направляли пациентов на диагностику туберкулеза, пациенту приходится прилагать значительные усилия и тратить время для получения диагноза ТБ.

Женщина, Алматы, фокус-группа с женщинами ТБ:

«Во время диагностики столкнулась с врачебной халатностью/не профессионализмом. Сама просила летом написать направление на рентген/флюорографию, но они не направляли на этот вид диагностики, спутав симптомы ТБ с остеохондрозом, невралгией, даже при экстренном обращении отпускали, назначив анальгин с димедролом. Позже выяснилось, что в моей медицинской карточке приписали, что выявили ТБ весной, в марте месяце (т.е. раньше моего первичного срока обращения). Даже когда обратилась в платную консультацию также приписали другой диагноз. Только когда вмешался супруг, тогда сделали снимок и установили ТБ, а по времени прошло 7-8 месяцев с момента моего первого обращения и просьбы сделать флюорографию».

Амбулаторное лечение туберкулеза в Казахстане в течение последних трех лет постепенно перешло на оказание услуг, используя пациент-ориентированный подход. В то же время некоторые из ЛТБ, участвовавшие в оценке, сообщали о том, что амбулаторное лечение не учитывало их нужды и потребности. Так, условие ежедневно посещать медицинскую организацию для получения амбулаторного лечения было неудобно для работающих, учащихся пациентов, для пациентов с маленькими детьми или для тех, кто проживает далеко от медицинской организации. В каждом из вышеуказанных случаев ЛТБ сообщали о риске потерять работу, быть отчисленными или семейно-бытовых проблемах. В целом в случае применения действительного пациент-ориентированного подхода эффективность амбулаторного лечения могла быть значительно выше и более привлекательна для пациентов.

Женщина, Алматы, глубинное интервью:

«При повторном заболевании при госпитализации врачи и мед сестры оказывали моральное давление, унижали, ругали и плохо обращались со мной. Переживания за детей также влияли на процесс лечения. Сложно было ежедневно ходить за противотуберкулезными препаратами, часто ходила с грудным ребенком, пешком 4 остановки. Часто плохое самочувствие также могло влиять на возможность ежедневного приема препаратов. Участковая медсестра, которая выдавала лекарства, утаила и скрыла возможность выдачи препаратов на несколько дней и

прием их через видео звонок. Были случаи, когда на фоне препаратов было частичная и кратковременная потеря памяти».

Так как вопросы стигмы и самостигмы особенно остро возникают при заболевании туберкулезом, ЛТБ нуждаются в психологической помощи. В рамках оценки ЛТБ сообщали, что квалифицированная психологическая помощь во время лечения не была доступна в те сложные моменты, когда она особенно была необходима. Также известно, что туберкулез связан со многими социальными проблемами у ЛТБ, такими как, например, отсутствие некоторых необходимых документов, отсутствие работы, невозможность получения социальной поддержки и других проблем. В этом отношении ЛТБ нуждались в социальном сопровождении.

ЛТБ также отмечали, что сильные побочные эффекты от противотуберкулезных лекарств оказывали влияние на состояние их здоровья и приверженность лечению, при этом в ПМСП отсутствовала медицинская помощь при побочных эффектах. Для ЛТБ, которые проживали в области, барьером для получения услуг было дальнейшее расположение районной больницы от места проживания пациентов. После завершения лечения некоторые из ЛТБ сталкивались с проблемами при поступлении на работу и/или обучении после излечения.

Гендерные барьеры

Результаты оценки показали, что существуют определенные гендерные барьеры к услугам в контексте туберкулеза.

ЛТБ сообщают, что женщины более уязвимы к туберкулезу во время беременности и после родов. Женщины позднее обращаются за медицинской помощью ввиду наличия детей, особенно младшего возраста. Женщине с ТБ нужно собирать большое количество документов, чтобы устроить детей в Дом малютки на время лечения. Также одной из причин позднего обращения было уязвимое положение в семье (традиционная роль невестки), физическое насилие со стороны мужей, половых партнеров. Во время заболевания туберкулезом у женщины высока вероятность распада семьи, мужья отстраняются от жен, близкие родственники также отстраняются, наблюдается высокий уровень дискриминации внутри семьи. Из-за психологического давления со стороны мужей, половых партнеров женщины отказывались от лечения туберкулеза. Стигматизирующее отношение со стороны медицинского персонала к женщинам из уязвимых групп было также одним из барьеров.

Женщина, Алматы, глубинное интервью:

«Сразу после родов делают флюорографию, я родила 2-го ребенка, и там выяснилось, что у меня есть ТБ. Пригласили фтизиатров, сдала мокроту, прошла томографию, диагноз подтвердился. Меня сразу изолировали от ребенка. На следующий день меня сразу на скорой помощи отвезли в противотуберкулезный диспансер для госпитализации. Я даже не знаю почему я заболела ТБ, видимо при беременности, когда женщина чаще уязвима, ослаблен иммунитет. С одной стороны, даже хорошо, что ТБ не выявили в начале беременности, иначе бы вероятно меня направили бы на прерывание беременности, очень много встречала женщин, которым прописывали прерывание беременности на малых сроках беременности».

Женщина, Алматинская область, фокус-группа с женщинами ТБ:

«В родблоке тут же всем становится известно о твоем диагнозе ТБ. Врачи и медсестра

и младший персонал, они как специально говорят во всеуслышание, чтоб все знали, что у нас ТБ. Пока собираешь вещи, на перевод в Тубдиспансер, уже весь роддом знает, что у тебя туберкулез, никакой конфиденциальности нет среди медперсонала роддомов».

Гендерная роль мужчины как «кормильца семьи» влияет на позднее обращение мужчин в медицинские учреждения в отношении туберкулеза из-за страха лишения заработка. Мужчины чаще занимаются самолечением и ввиду этого обращаются с более сложными случаями туберкулеза. Мужчины чаще имеют зависимости (наркотики, алкоголь) и это также влияет на приверженность лечению.

Мужчина, общая фокус-группа с ЛТБ, Алматинская область:

«ТБ терапия очень тяжелая, также влияет на психику, побочные эффекты как у женщин, так и мужчин, но женщинам тяжелее переносить лечение. Женщины более ответственнее относятся к лечению, наверное, не пропускают лечение, стараются быстро вылечиться. Но женщины почему-то быстрее вылечиваются. Мужчины, часто употребляют наркотики и алкоголь, бывают пропуски. Лечение дается всем сложно, особенно 4 категория и переносимость препаратов. Бывают, такие моменты просто организм отказывается принимать лечение. Потому, что ты их пьешь, и тебя сразу рвет. Побочные эффекты очень сильные, бьет по ногам, слуху, зрению, требуется дополнение лечения от побочных эффектов».

Ключевые группы населения

Внутренние мигранты сталкиваются с проблемой аренды жилья. После постановки диагноза туберкулез санэпидслужба посещает местожительство внутреннего мигранта для проведения эпидемиологического расследования и проведение дезинфекции помещений. При таких посещениях обычно арендодатель без объяснений расторгает договоренности об аренде жилья с внутренним мигрантом и выставляет его и его семью на улицу. В дальнейшем внутреннему мигранту сложно найти помещение для жилья. Из-за отсутствия социальных связей в местах проживания внутренние мигранты имеют недостаточный доступ к информации о том, куда обратиться при первых симптомах туберкулеза и доступных услугах. И основным барьером для обращения внутреннего мигранта за медицинской помощью является то, что он/она лишится источника доходов и возможности содержать семью. Поэтому внутренний мигрант будет постоянно откладывать момент обращения за медицинской помощью. Во время получения услуг по диагностике внутренние мигранты на уровне ПМСП встречаются с бесконечным перенаправлением между кабинетами, поэтому пациенты могут не закончить процедуры по диагностике заболевания. Во время лечения внутренние мигранты сталкиваются с проблемой получения социальной поддержки из-за отсутствия необходимых документов. После завершения лечения барьером для внутреннего мигранта является требование «справки № 086», предоставляемой работодателю, которая часто лишает возможности быть трудоустроенным из-за указанного диагноза ТБ или даже если бывший пациент еще состоит на ТБ-учете. ЛТБ внутренние мигранты сообщают, что для работающих пациентов, находящихся на амбулаторной фазе лечения, крайне неудобно ежедневно приходить за таблетками, так как есть риск лишиться работы из-за систематических опозданий.

Мужчина, Алматы, фокус-группа с внутренними мигрантами:

«Отсутствие поддержки и возможности поделиться трудностями с близкими в нужные моменты. Малый круг знакомых в чужом городе или даже их отсутствие в

трудный момент. Не знание к кому и куда обратиться в подобных ситуациях. Часто такие обстоятельства приводят и доводят до отчаяния и всплеску эмоций, которые тебя характеризуют перед обществом не с лучшей стороны».

Мужчина, Алматинская область, глубинное интервью:

«В повседневной жизни для выживания приходится работать на 2-х работах чтобы содержать себя и ребенка маленького».

Мужчина, Алматинская область, фокус-группа с внутренними мигрантами:

«Если человек приехал на заработки в другой город, и нет поддержки близких, потеряв документы сложно восстановить, так как при физической слабости часто оказываешься без возможности заработка и оплаты арендного жилья, без связи, практически на улице в критическом положении».

Люди, живущие с ВИЧ, переболевшие туберкулезом, указывали, что сталкивались с проблемой поздней диагностики туберкулеза из-за клинических особенностей течения заболевания при ВИЧ-инфекции. Процесс постановки диагноза туберкулез у ЛЖВ очень длительный. У врачей на уровне ПМСП и фтизиатров должна быть настороженность в отношении ТБ/ВИЧ.

Женщина, Алматинская область, фокус-группа с ЛЖВ:

«У меня болело горло, была температура и меня терапевт лечила чем попало, лежала в дневном стационаре, потом опять положили в поселковую больницу, потом меня отправили в онкологию на Абая в Алматы, брали биопсию и у меня были все симптомы ТБ, похудела на 16 кг. И уже была огромная шея от опухоли, была температура, и во всех больницах не могли выявить ТБ. В г. Каскелен врач сделал ФГ и рентген, он увидел пятна на снимке и сразу уже отправили в ТБ диспансер. Только после этого меня положили, уже в реанимацию до такой степени мне было, плохо я очень похудела, и у меня не было сил даже ходить, и все это время не могли выявить ТБ».

Стигма

Стигма и дискриминация являются одними из основных барьеров к услугам по туберкулезу. ЛТБ сообщают, что при постановке диагноза туберкулез находились в подавленном психологическом состоянии, поиске причин заражения, обвиняя себя. Налицо все проявления самостигмы. Самостигма является барьером к обращению за медицинской помощью. Отсутствие психологической помощи на начальных этапах заболевания, отсутствие поддержки со стороны близкого окружения. Более того, семья, родственники и близкое окружение являются источником дискриминации для ЛТБ.

Результаты оценки показали, что, несмотря на наличие нормативных актов, не допускающих дискриминацию в каком-либо виде, тем не менее дискриминация ЛТБ существует, особенно в сети ПМСП и особенно в отношении ключевых групп. Это выражается в негативном отношении, раскрытии диагноза окружающим, а также при предоставлении услуг.

Существует также проблема стигмы и дискриминации со стороны работодателей. В случае постановки диагноза туберкулеза работнику, работодатель в большинстве случаев уволит такого работника по каким-либо причинам. Постоянные опоздания на работу во время амбулаторного лечения также будут являться причиной для увольнений.

В большинстве случаев проблема стигмы и дискриминации связана с тем, что ЛТБ не знают свои права и, соответственно, не могут защитить себя в случае нарушения их прав.

Мужчина, Алматы, глубинное интервью:

«Сплошь и рядом нарушаются наши права. Мы не знаем алгоритм получения диагностики, куда идти, нас гоняют из кабинета в кабинет, от одного медицинского учреждения, к другому, мы не знаем какие пособия, и социальная помощь нам положена, от нас намеренно все скрывают. Иногда, прямо в коридорах говорят о твоём диагнозе, как про ВИЧ, так и про ТБ».

3. Обобщенные результаты (по 7 этапам TB Journey), утвержденные на собрании всех заинтересованных сторон

18 февраля 2020 года было проведено Валидационное совещание по оценке барьеров по доступу к диагностике и лечению ТБ в области СПГ (стигма, права, гендер) среди ключевых групп населения и разработке плана действий по устранению барьеров. Целью встречи было представить предварительные результаты оценки барьеров по доступу к диагностике и лечению ТБ в области СПГ и разработать план действий по устранению барьеров в г. Алматы и Алматинской области. В Валидационном совещании участвовали представители ННЦФ МЗ РК, противотуберкулезных диспансеров г. Алматы и Алматинской области, других государственных организаций, сотрудники международных и неправительственных организаций, люди, затронутые туберкулезом.

На Валидационном совещании были обсуждены предварительные результаты оценки СПГ. Участникам было предложено обсудить и провести приоритезацию выявленных барьеров к услугам по ТБ на всем «Пути излечения от туберкулеза» и рекомендаций для устранения выявленных барьеров. Далее представлены барьеры, которые были приоритезированы как наиболее важные для решения по результатам оценки СПГ.

Препятствия на «Пути излечения от туберкулеза» по вопросам прав человека, гендера, ключевых групп населения, стигмы

Этапы «Пути излечения от туберкулеза» (TB Journey)						
Шаг 1. Признание симптомов	Шаг 2. Обращение за помощью	Шаг 3. Получение точного диагноза	Шаг 4. Начало лечения	Шаг 5. Получение помощи в соблюдении режима лечения	Шаг 6. Завершение лечения	Шаг 7. Получение дальнейших услуг после прохождения лечения
Правовые барьеры						
- недостаточное информирование о туберкулезе ключевых групп и общего населения; - отсутствие прикрепления в ПМСП в регистре прикрепленного населения и отсутствие документов у пациентов.	- недостаточное информирование о туберкулезе ключевых групп и общего населения; - отсутствие прикрепления в ПМСП в регистре прикрепленного населения и отсутствие документов у пациентов.	- отсутствие социального сопровождения в службе ПМСП; - недостаточное качество услуг на уровне ПМСП; - отсутствие прикрепления в ПМСП в регистре прикрепленного населения и	- пациенты не знают прав; - ограниченный доступ к социальной поддержке; - отсутствие консультирования пациентов с ТБ от медработников ПМСП по вопросам течения ТБ, итогов лечения,	- отсутствие квалифицированной психологической помощи на всех этапах лечения; - слабый пациент-ориентированный подход, не всегда учитываются нужды пациентов; - отсутствие информации о ТБ у пациентов;	- низкое качество медуслуг в пенитенциарной системе; - дальнейшее расположение районной больницы от места проживания пациентов; - отсутствие видео контролируемого лечения;	- слабая координация между службами ТБ и ВИЧ и наркологической службой; - дальнейшее расположение районной больницы от места проживания пациентов.

Этапы «Пути излечения от туберкулеза» (TBJourney)						
Шаг 1. Признание симптомов	Шаг 2. Обращение за помощью	Шаг 3. Получение точного диагноза	Шаг 4. Начало лечения	Шаг 5. Получение помощи в соблюдении режима лечения	Шаг 6. Завершение лечения	Шаг 7. Получение дальнейших услуг после прохождения лечения
		<p>отсутствие документов у пациентов;</p> <p>- отсутствие информации у пациентов;</p> <p>- недостаточный уровень знаний у медработников ПМСП (ТБ, ТБ/ВИЧ, навыки консультирования, ведение КГН);</p> <p>- слабое вовлечение НПО в предоставление услуг по ТБ (недостаточное финансирование, механизм ГСЗ требует усовершенствования;</p> <p>- слабый контроль качества услуг по ТБ;</p> <p>- слабое взаимодействие служб ТБ и ВИЧ (нет обмена информацией, обратной связи).</p>	<p>инфекционного контроля;</p> <p>- ограниченный пациент-ориентированный подход;</p> <p>- отсутствие РПН и длительный процесс прикрепления к ПМСП;</p> <p>- недостаточный уровень информированности у врачей о менеджменте ТБ/ВИЧ;</p> <p>- слабая (всё ещё) координация между службами ТБ и ВИЧ.</p>	<p>- услуги по диагностике ТБ не интегрированы в наркологическую службу.</p>	<p>- нет доступа к лечению от побочных эффектов на уровне ПМСП (вопрос на стадии решения, приказ № 666).</p>	

Гендерные барьеры

Этапы «Пути излечения от туберкулеза» (TBJourney)

Шаг 1. Признание симптомов	Шаг 2. Обращение за помощью	Шаг 3. Получение точного диагноза	Шаг 4. Начало лечения	Шаг 5. Получение помощи в соблюдении режима лечения	Шаг 6. Завершение лечения	Шаг 7. Получение дальнейших услуг после прохождения лечения
		- гендерные подходы не выделяются (нет учета гендерной специфики, женщины более уязвимы).	- нужно собирать большое количество документов, чтобы устроить женщине с ТБ детей в Дом малютки; - ТБ является показанием к прерыванию беременности; - мужчины чаще нарушают режим лечения из-за наличия зависимостей.		- психологическое давление со стороны мужей, половых партнеров на женщин (принуждение к отказу от лечения из-за религиозных убеждений).	- психологическое давление со стороны мужей, половых партнеров на женщин (принуждение к отказу от лечения из-за религиозных убеждений); - женщины с ТБ не могут получить услуги в кризисных центрах; - женщина более уязвима во время беременности и родов.
Барьеры, касающиеся ключевых групп (ЛЖВ и внутренние мигранты)						
- отсутствие программ по профилактике и поддержке в контексте туберкулеза в рамках госсоцзаказа для НПО на местном уровне; - недостаточное информирование	- отсутствие программ по профилактике и поддержке в контексте туберкулеза в рамках госсоцзаказа для НПО на местном уровне; - недостаточное информирование			- наличие зависимостей у пациента (ПАВ, алкоголь).		

Этапы «Пути излечения от туберкулеза» (TBJourney)

Шаг 1. Признание симптомов	Шаг 2. Обращение за помощью	Шаг 3. Получение точного диагноза	Шаг 4. Начало лечения	Шаг 5. Получение помощи в соблюдении режима лечения	Шаг 6. Завершение лечения	Шаг 7. Получение дальнейших услуг после прохождения лечения
врачей ПМСП о менеджменте ТБ/ВИЧ.	врачей ПМСП о менеджменте ТБ/ВИЧ.					
Стигма и дискриминация						
- самостигма.	- самостигма.	- стигма и дискриминация.		- самостигма.		стигма и дискриминация со стороны работодателей (проблемы при поступлении на работу).

План действий по результатам оценки СПГ

Цель плана действий:

Устранить барьеры к услугам по диагностике и лечению туберкулеза, связанные с правами, гендером, стигмой и ключевыми группами.

Задачи:

1. Способствовать выделению местными исполнительными органами финансовых средств в рамках государственного социального заказа для оказания услуг социального сопровождения для людей с туберкулезом в городе Алматы и Алматинской области до конца 2021 года.
2. Способствовать построению диалога со службой первичной медико-санитарной помощи и социальными службами по усилению оказания помощи социальными работниками людям с туберкулезом в городе Алматы и Алматинской области до конца 2020 года.
3. Принятие ННЦФ МЗ РК алгоритма кейсменеджмента (casemanagement) с учетом гендерных аспектов до конца 2020 года.
4. В целях борьбы со стигмой и дискриминацией, связанной с туберкулезом, Партнерству СТОП ТБ создать платформу по мониторингу и соблюдению прав людей с туберкулезом до июня 2020 года.
5. Способствовать созданию постоянно действующей междисциплинарной рабочей группы по ТБ/ВИЧ на уровне МЗ РК до сентября 2020 года.

Обоснование к задачам 1 и 2. Барьеры, выявленные в рамках оценки СПГ, связаны с отсутствием социального сопровождения людей с ТБ и отсутствием системной работы со стороны ПМСП, которые имеют в своём штате социальных работников. Соответственно, решение барьеров, связанных с правами, возможно через выполнение неправительственными организациями проектов госсоцзаказа по социальному сопровождению и усилению работы социальных работников ПМСП в отношении туберкулеза.

Барьеры, связанные с правами:

- отсутствие РПН и длительный процесс прикрепления к ПМСП;
- ограниченный доступ к социальной поддержке (отсутствие, недостаточная поддержка, не предоставляют информацию о доступной поддержке, отсутствие дохода и зависимость от близких, отсутствие документов);
- неудовлетворительное качество предоставляемых услуг на уровне ПМСП (бесконечное перенаправление между кабинетами, отсутствие настороженности у врачей общей практики («футбол»), нежелание ПМСП регистрировать ТБ, чтобы не портить статистику);
- амбулаторное лечение не предполагает пациент-ориентированный подход (видеоконтролируемое лечение недостаточно предлагается как альтернативный метод, каждый день нужно посещать медицинскую организацию);
- отсутствие психологической помощи на всех этапах лечения, социальные работники не выполняют своих функций по поддержке пациентов с ТБ.

Обоснование к задаче 3. Барьеры, связанные с гендером, в большинстве своём не воспринимаются НТП, врачами фтизиатрами, врачами ПМСП и пациентами собственно как барьеры, которые могут влиять на доступ к услугам по туберкулезу. В этой связи имеется необходимость разработки комплексного документа, где будет расписан алгоритм кейсменеджмента (casemanagement) с учетом гендерных аспектов. Данный документ будет руководством в том числе и для оказания помощи женщинам с туберкулезом из ключевых групп с учетом уязвимости во время беременности и родов, наличия детей, гендерного насилия.

Барьеры, связанные с гендером:

- женщина более уязвима во время беременности и после родов;
- позднее обращение женщин ввиду наличия детей, особенно младшего возраста;
- позднее обращение женщин ввиду уязвимого положения в семье (невестка), физическое насилие;
- позднее обращение мужчин из-за страха лишения заработка;
- мужчины чаще нарушают режим лечения из-за наличия зависимостей.

Обоснование к задаче 4. Барьеры, связанные со стигмой, в контексте результатов оценки СПГ имеют системный характер и связаны в основном с недостатком информации о туберкулезе и связанным с этим страхом у близкого окружения людей с ТБ, общего населения, медицинских работников. НТП в рамках Комплексного плана по борьбе с ТБ и в рамках проектов Глобального фонда вкладывают большие средства в борьбу с проблемой стигмы и дискриминации. Другой стороной этой проблемы является незнание своих прав у людей с туберкулезом и НТП. В этой связи создание Платформы по мониторингу и соблюдению прав людей с туберкулезом будет восполнять этот пробел.

Барьеры, связанные со стигмой:

- самостигма;
- стигма и дискриминация со стороны семьи, родственников и близкого окружения;
- стигма и дискриминация со стороны медицинских работников, в сети ПМСП, особенно к женщинам из уязвимых групп;
- стигма и дискриминация со стороны работодателей.

Обоснование к задаче 5. Барьеры, связанные с внутренними мигрантами, могут быть решены в рамках задач 1 и 2, где социальная помощь и/или социальные работники могут помочь внутренним мигрантам для решения вопросов доступа к услугам по туберкулезу. Относительно группы людей, живущих с ВИЧ, в рамках оценки выявлены барьеры, которые связаны с недостаточной координацией между службами ВИЧ и ТБ. В этой связи имеется необходимость создания постоянно действующей междисциплинарной рабочей группы по ТБ/ВИЧ на уровне МЗ РК, которая могла бы усилить компонент по менеджменту ко-инфекции ТБ/ВИЧ в стране.

Барьеры, связанные с ключевыми группами:

- отсутствие доступной информации о ТБ для внутренних мигрантов, ЛЖВ (особенно о профилактическом лечении изониазидом);
- сложность с арендой жилья после постановки диагноза ТБ из-за давления СЭС, внутренние мигранты при заболевании ТБ лишаются доходов и жилья;
- Недостаточный уровень информированности у врачей о менеджменте ТБ/ВИЧ.

Задача 1: Способствовать выделению местными исполнительными органами финансовых средств в рамках государственного социального заказа для оказания услуг социального сопровождения для людей с туберкулезом в городе Алматы и Алматинской области до конца 2021 года.

Индикатор для измерения задачи 1: Выделение средств в рамках госсозаказа на услуги по социальному сопровождению людей с туберкулезом как минимум по одному проекту ГСЗ в г. Алматы и Алматинской области.

Мероприятие / шаг	Целевая аудитория	Ожидаемый результат и индикатор	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
1. Проведение рабочей встречи с ННЦФ, НПО и другими заинтересованными сторонами по обсуждению вопросов ГСЗ и координации мероприятий. 2. Проведение «круглого стола» с представителями местных исполнительных и законодательных органов по обсуждению роли НПО и гражданского общества в ответ на туберкулез и возможности выделения средств в рамках ГСЗ. 3. Проведение рабочей встречи с НПО и представителями сообществ по оценке потребностей и формированию технического задания для госсозаказа. 4. Проведение кабинетной адвокации среди лиц, принимающих решения в г. Алматы и Алматинской области. 5. Участие в общественных слушаниях, общественных советах по обсуждению бюджетов здравоохранения, социальной помощи.	Местные исполнительные органы (управление внутренней политики, управление общественного здравоохранения, управление социального благосостояния), маслихат города Алматы и Алматинской области (местные	Разработаны технические задания для формирования лота по ГСЗ. Лоты объявлены. Сервисные НПО участвуют в конкурсе.	Август 2020	Партнерство Стоп ТБ

6. Проведение «круглого стола» со всеми заинтересованными сторонами по обсуждению взаимодействия по реализации проектов ГСЗ в городе Алматы и Алматинской области.	законодательные органы) ННЦФ, межрайонные ТБ диспансеры, НПО.			
Задача 2: Способствовать построению диалога со службой первичной медико-санитарной помощи и социальными службами по усилению оказания помощи социальными работниками людям с туберкулезом в городе Алматы и Алматинской области до конца 2020 года.				
Индикатор для измерения задачи 2: Доступ к социальной помощи (социальные работники, социальная поддержка) для людей с туберкулезом улучшен.				
Мероприятие / шаг	Целевая аудитория	Ожидаемый результат и индикатор	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
<p>1. Проведение регулярных «круглых столов» по обсуждению вопросов социальной помощи для людей с туберкулезом с участием руководителей учреждений ПМСП, руководителей районных управлений социального благосостояния, руководителей управлений здравоохранения. Всего запланировано 9 «круглых столов» по числу районов города Алматы и Алматинской области. Город: Алмалинский, Бостандыкский, Жетысуский, Наурызбайский, Медеуский, Турксибский, Ауэзовский. Область: Илийский, Талгарский, Карасайский.</p> <p>2. Изготовление и печать брошюры для людей, затронутых туберкулезом, со всей юридической информацией об их правах и на какую помощь они имеют право.</p>	Руководители учреждений ПМСП, руководители районных управлений социального благосостояния, руководители управлений здравоохранения ННЦФ, межрайонные ТБ-диспансеры, НПО.	Проведены «круглые столы», создан протокол.	Июнь 2020	Партнерство Стоп ТБ
Задача 3: Принятие ННЦФ МЗ КР алгоритма менеджмента случая (casemanagement) с учетом гендерных аспектов до конца 2020 года				
Индикатор для измерения задачи 3: Алгоритм менеджмента случая (casemanagement) с учетом гендерных аспектов утвержден ННЦФ.				

Мероприятие / шаг	Целевая аудитория	Ожидаемый результат и индикатор	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
<p>1. Утвердить в ННЦФ рабочую группу по разработке алгоритма менеджмента случая (casemanagement) с учетом гендерных аспектов.</p> <p>2. Разработать и согласовать техническое задание для разработки алгоритма менеджмента случая (casemanagement) с учетом гендерных аспектов.</p> <p>3. Провести конкурс по отбору двух экспертов по написанию алгоритма менеджмента случая (casemanagement) с учетом гендерных аспектов.</p> <p>4. Согласовать проект алгоритма менеджмента случая (casemanagement) с учетом гендерных аспектов с ННЦФ.</p> <p>5. Провести «круглый стол» со всеми заинтересованными сторонами по обсуждению алгоритма менеджмента случая (casemanagement) с учетом гендерных аспектов</p> <p>6. Утвердить алгоритм менеджмента случая (casemanagement) с учетом гендерных аспектов в ННЦФ.</p> <p>7. Печать и распространение алгоритма.</p>	ННЦФ, международные организации, НПО.	Создана рабочая группа. Разработан алгоритм оказания помощи женщинам с ТБ из КГН.	Май-июль	Партнерство Стоп ТБ
Задача 4: В целях борьбы со стигмой и дискриминацией, связанной с туберкулезом, КазСоюзу ЛЖВ создать платформу по мониторингу и соблюдению прав людей с туберкулезом до июня 2020 года.				
Индикатор для измерения задачи 4: Платформа по мониторингу и соблюдению прав людей с туберкулезом создана и работает.				
Мероприятие / шаг	Целевая аудитория	Ожидаемый результат и индикатор	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
1. Провести рабочую встречу со всеми заинтересованными сторонами по обсуждению вопросов соблюдения прав	ННЦФ, международные организации, НПО.	Проведена рабочая встреча.	Май-август	Партнерство Стоп ТБ

<p>людей с туберкулезом и рамок платформы по мониторингу и соблюдению прав человека.</p> <p>2. Провести серию тренингов среди НПО по мониторингу и соблюдению прав человека в сфере ТБ.</p> <p>3. Провести серию тренингов среди специалистов ПМСП по соблюдению прав человека, по толерантному отношению, включая стандарты раскрытия статуса к ЛТБ и ключевым группам.</p> <p>4. Разработать алгоритм оказания помощи при нарушениях прав ЛТБ для НПО.</p>		<p>Организованы тренинги.</p> <p>Разработан алгоритм оказания помощи при нарушении прав ЛТБ.</p>		
<p>Задача 5: Способствовать созданию постоянно действующей междисциплинарной рабочей группы по ТБ/ВИЧ на уровне МЗ РК до сентября 2020 года</p>				
<p>Индикатор для измерения задачи 5: Постоянно действующая междисциплинарная рабочая группа по ТБ/ВИЧ на уровне МЗ РК создана и работает.</p>				
Мероприятие / шаг	Целевая аудитория	Ожидаемый результат и индикатор	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
<p>1. Провести рабочую встречу (установочную) по обсуждению вопросов взаимодействия служб ТБ и ВИЧ.</p> <p>2. Написать письмо-обращение в МЗ РК с обоснованием необходимости постоянно действующей междисциплинарной рабочей группы по ТБ/ВИЧ на уровне МЗ РК.</p> <p>3. Разработать операционный план междисциплинарной рабочей группы по ТБ/ВИЧ.</p> <p>4. Провести как минимум 2 заседания междисциплинарной рабочей группы по ТБ/ВИЧ до конца 2021 года.</p>	<p>МЗ РК, ННЦФ, КНЦДИЗ.</p>	<p>Организована рабочая группа.</p> <p>Разработан операционный план междисциплинарной рабочей группы.</p> <p>Проведено 2 заседания.</p>	<p>сентябрь</p>	<p>Партнерство Стоп ТБ</p>

ПРИЛОЖЕНИЯ:

Приложение 1

Список участников **Совещания основной группы и всех заинтересованных сторон**, которое состоялось 1 октября 2019 года.

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

Совещание

«Национальная консультация по выработке оценочного подхода и приоритетных ключевых групп населения (КГН) в Республике Казахстан»

Дата проведения: 01 октября 2019 год.

Место проведения: г. Алматы, гостиница «КазЖол» (ул. Гоголя,127/1).

№	Фамилия, Имя	Организация, должность:	Контакты
1.	Челан Кристина	Центр политики и исследований в области здравоохранения (Центр PAS)	e-mail: cristina.celan@pas.md
2.	Соколовски Саманта	TBC Consult, международный эксперт	e-mail: samanta@oglf.org
3.	Мусабекова Гульназ	Группы реализации проекта Глобального фонда по ТБ (ННЦФ РК)	e-mail: gmussabekova@tbpiugf.kz
4.	Сапиева Жанар Адильхановна	Центр фтизиопульмонологии УЗ г. Алматы, главный врач	e-mail: mail@cf-almaty.kz
5.	Кульжанова Дана Рамазановна	Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний МЗ РК, и. о. зав. отделом профилактики и связей с общественностью	e-mail: bbaiserkin@gmail.com
6.	Махмудова Шолпан	USAID/Центральная Азия	e-mail: atoktabayanov@usaid.gov
7.	Бокажанова Алия	UNAIDS в Казахстане, National Programme Officer	e-mail: bokazhanovaa@unaids.org
8.	Пак Светлана	Представительство KNCV в ЦА, технический офицер	e-mail: svetlana.pak@kncvtbc.org
9.	Идрисова Мария	Представительство KNCV в ЦА	e-mail: maria.idrissova@kncvtbc.org
10.	Бабамуратов Бахтияр	Project HOPE в РК, менеджер программы ГФ	e-mail: bbabamuradov@projecthope.org
11.	Жораева Кристина	AFEW Kazakhstan, Project Manager	e-mail: kristina_zhorayeva@afew.kz
12.	Рсалдинова Алтынай	PSI, координатор проекта «Флагман»	e-mail: rsaldinova.a@psica.kz
13.	Туменова Бахыт Ниязбековна	ОФ «Амансаулык», руководитель	e-mail: amansauylyk@mail.ru
14.	Лукпанова Улжан	КЦ «Забота», директор	e-mail: care_999@inbox.ru
15.	Олейникова Роза Исламовна	ОФ «Доверие плюс», руководитель	e-mail: doverieplus@mail.ru
16.	Абдрахманова Венера	ОФ «Умит Жолы», руководитель	e-mail: veneraab375@mail.ru

17.	Исаева Алла	ОФ «Реванш», директор	e-mail: alla_icaeva@mail.ru
18.	Ибрагимова Оксана	ОЮЛ «КазСоюз ЛЖВ», и. о. Президента	e-mail: oksi.29_75@mail.ru
19.	Кадырбаева Айгуль	ОЮЛ «КазСоюз ЛЖВ», программный менеджер	e-mail: kadyrbaeva.ajgul@mail.ru
20.	Асембеков Батырбек	Национальный консультант	e-mail: b.assembekov@gmail.com
21.	Сулейменова Л.	Илийский ЦРБ	e-mail lyazyza62@mail.ru
22.	Дуйсенова Р.Б.	ОФ «Амансаулык»	e-mail duysenova.r @mail.ru
23.	Баишева Г.К.	Илийский ЦРБ	
24.	Абдирова З.С.	Талгарский ЦРБ	
25.	Сералиева Г.И.	ОПТД г.Талгар	e-mail seralieva.gulstan@mail.ru
26.	Рудоквас Наталья	ОЮЛ «ЦАА ЛЖВ»	e-mail nataly.rudokvas@mail.ru

Приложение 2

Инструмент процесса расстановки приоритетов для ключевых групп населения

Ключевые группы населения для рассмотрения	Оценка 1	Оценка 2	Оценка 3	Оценка 4	Оценка 5	Промежуточный итог оценки по риску, барьерам и новому пониманию (Сумма оценок 1-5) Макс. 5	Оценка 5	Комбинированная оценка для облегчения обсуждения по расстановке приоритетов	
	Риски воздействия Подверженность риску воздействия инфицированных людей/высокой концентрации бактерий 0 – Низкая 0.5 – Средняя 1 – Высокая	Биологические риски Вероятность иммуносупрессии/подверженности развитию активного ТБ 0 – Низкая 0.5 – Средняя 1 – Высокая	Барьеры по доступу к помощи Гендерные, правовые, социальные и структурные барьеры 0 – Низкая 0.5 – Средняя 1 – Высокая	Барьеры для завершения лечения Стигма, жизненные обстоятельства, трудности с продолжением доступа к лечению 0 – Низкая 0.5 – Средняя 1 – Высокая	Вероятность нового понимания Социальная динамика недостаточно понятна 0 – Низкая 0.5 – Средняя 1 – Высокая		Предполагаемые (и/или официальные данные, если таковые имеются) Доля в бремени заболеваемости ТБ в стране (Случаи активного ТБ всех форм) 1 - очень низкая (<1%) 2 - низкая (1-3%) 3 - средняя (3-5%) 4 - высокая (5-10%) 5 - очень высокая (> 10%)	Итоговая оценка (Сумма оценок 1-5) Макс. 10	Обсуждение приоритетов и обоснование приоритетных ключевых групп населения
Введите предварительно выбранную КГН									

Приложение 3

Список ключевых информантов:

1. Исмаилов Ш.Ш., менеджер группы реализации проекта Глобального фонда по туберкулезу ННЦФ МЗ РК.
2. Ауэзова С.Н., «Центр фтизиопульмонологии» управления общественного здоровья г. Алматы, руководитель диспансерного отделения.
3. Башиева Г.К., Илийская центральная районная больница, врач-фтизиатр.
4. Ахметова Г.М., Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний МЗ РК, врач-инфекционист отдела клинического мониторинга.
5. Бокажанова А.Т., Офис ЮНЭЙДС в Казахстане, национальный программный офицер.
6. Пак С., Представительство KNCV в Центральной Азии, директор офиса.
7. Дудник Р., ОФ «СПИД Фонд Восток-Запад в Казахстане», исполнительный директор.
8. Рсалдинова А., Центрально-Азиатский филиал некоммерческой корпорации «ПопулейшнСервисесИнтернэшнл» - PSI (PopulationServicesInternational), координатор проекта USAIDФлагман.
9. Аманжолов Н., Центрально-Азиатская Ассоциация ЛЖВ, президент.
10. Джазылбекова П.М., ННЦФМЗ РК, заведующая отделением мониторинга, планирования и эпидемиологии.
11. Воронцова Л., Центрально-Азиатская Ассоциация ЛЖВ, специалист по гендеру.
12. Демеуова Р., Страновой координационный комитет, координатор секретариата.