



ОТЧЕТ

**ОЦЕНКА ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНУЮ
МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ (ПМСП) В КАЗАХСТАНЕ:
ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ
ПО ВИЧ/СПИД В ПМСП**

Мнения, выраженные в данной публикации, принадлежат авторам и не обязательно отражают официальную точку зрения Представительства Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в Казахстане.

Обозначения, используемые в настоящем издании, и изложение материала не подразумевают выражения со стороны ЮНИСЕФ какого бы то ни было мнения в отношении правового статуса детей в Казахстане, той или иной страны или территории, или ее органов власти, или делимитации ее границ.

Издание распространяется бесплатно. При перепечатке, цитировании и ином использовании информации ссылка на данную публикацию обязательна.

*Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в Республике Казахстан
Республика Казахстан, 010000
г. Астана, ул. Бейбитшилик, д. 10, Блок 1
Тел: +7 (7172) 32 17 97, 32 29 69, 32 28 78
www.unicef.org/kazakhstan
www.unicef.org*

Фото на обложке: @UNICEF Kazakhstan/2021/NaziraKaiymova

ОТЧЕТ

ОЦЕНКА ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ (ПМСП) В КАЗАХСТАНЕ: ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРАЦИИ УСЛУГ ПО ВИЧ/СПИД В ПМСП

Филип Вамбуа, международный эксперт ЮНИСЕФ

*Гульжан Муханова, руководитель центра развития ПМСП,
Национальный научный центр развития здравоохранения*

*Ирина Петренко, заместитель директора,
Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний*

*Гульнара Камалбекова, PhD,
доцент кафедры семейной медицины, директор филиала «Ассоциация семейных врачей
Казахстана» по городу Астане, «Медицинский университет Астана»*

*Зоя Ан, исполнительный директор
Национальный конгресс акушеров-гинекологов и неонатологов*

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения.....	6
Благодарность.....	8
Резюме отчета.....	9
1. Введение.....	12
1.1. Предварительная информация об оценке.....	12
1.2. Важность интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП.....	13
1.3. Казахстанская модель ПМСП.....	14
1.4. Ситуация с ТБ в Казахстане.....	17
1.5. Ситуация с психическим здоровьем в Казахстане.....	18
1.6. Ситуация с ВИЧ/СПИД в Казахстане.....	20
1.7. Цели оценки.....	23
2. Методы и подходы к оценке.....	24
2.1. Сбор количественных данных.....	24
2.2. Сбор качественных данных.....	25
2.3. Методы сбора данных.....	25
2.4. Контроль качества данных.....	27
2.5. Анализ данных.....	27
2.6. Этические соображения.....	27
2.7. Меры по устранению предвзятости оценки.....	28
2.8. Участие заинтересованных сторон.....	28
2.9. Валидация результатов оценки.....	28
2.10. Управление исследованием.....	28
3. Результаты оценки.....	29
3.1. Интеграция на уровне политик и систем.....	29
3.2. Интеграция на уровне медицинской организации.....	31
3.2.1. Интервью с поставщиками услуг ПМСП.....	31

3.2.2. Интервью с поставщиками услуг в Центрах СПИД.....	41
3.3. Интеграция на уровне клиента.....	43
3.3.1. Результаты выходных интервью с получателями услуг на уровне ПМСП.....	43
3.3.2. С точки зрения тех, кто с этим живет: результаты обсуждений в фокус-группах с ЛЖВ.....	47
3.4. Достижения и извлеченные уроки.....	49
3.4.1 Достижения.....	49
3.4.2 Извлеченные уроки.....	49
3.5. Пробелы и вызовы.....	49
3.6. Непреднамеренные и неожиданные выводы.....	50
4. Обсуждение и ограничения оценки.....	51
5. Выводы и рекомендации.....	53
5.1. Выводы.....	53
5.2. Рекомендации.....	53
6. Приложения.....	56
Приложение 6.1. Форма информированного согласия.....	56
Приложение 6.2. Руководство для интервью с ключевыми информаторами для лиц, ответственных за разработку политики, планирование и разработку программ на национальном уровне.....	57
Приложение 6.3. Руководство по проведению интервью с лицами, предоставляющими услуги на уровне организаций здравоохранения.....	62
Приложение 6.4. Руководство по обсуждению в фокус-группах.....	67
Приложение 6.5. Анкета для выходных интервью с клиентами.....	69
Приложение 6.6. Руководство по проведению Интервью с ключевыми информаторами для поставщиков услуг, работающих в Центрах по профилактике и борьбе со СПИД.....	72

СОКРАЩЕНИЯ

АРВ	Антиретровирусные препараты
АРТ	Антиретровирусная терапия
БЦЖ	Bacillus Calmette-Guérin – вакцина, в основном используемая против туберкулеза
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВОУЗ	Всеобщий охват услугами здравоохранения
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ДРП	Дородовая помощь
ИС	Информационная система
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ИСЛО	Информационная система лекарственного обеспечения
ККПТПН	Краткосрочный курс противотуберкулезной терапии под прямым наблюдением
КМИС	Комплексная медицинская информационная система
КРЗ	Кадровые ресурсы здравоохранения
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МЗ	Министерство здравоохранения
МИС	Медицинская информационная система
МЛУ ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
МО	Медицинская организация
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НКЛ	Непосредственно контролируемое лечение
НПО	Неправительственная организация
НРБТ	Национальный электронный регистр больных ТБ
ПИН	Потребитель инъекционных наркотиков
ПМК	Передвижной медицинский комплекс
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ППВМР	Профилактика передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку
ППР	Пограничные психические расстройства
ПТО	Противотуберкулезные организации
ПЦПЗ	Первичный центр психического здоровья
РК	Республика Казахстан
СОП	Стандартные операционные процедуры
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулез
ТРГ	Техническая рабочая группа
ЦПЗ	Центр психического здоровья
ЦУР	Цели устойчивого развития
ФГ	Фокус-группа

ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний (США)
IRB	Институциональный наблюдательный совет (по этике)
PEPFAR	Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом
SPSS	«Статистический пакет для общественных наук» (программное обеспечение)

БЛАГОДАРНОСТЬ

В планировании и проведении данной оценки участвовали ряд организаций и людей. Выражаем глубокую признательность ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС за финансовую и техническую поддержку в проведении оценки. Совет по этике ЮНИСЕФ HML помог обеспечить должное качество протокола исследования и провести этическую оценку исследования. Мы также высоко оцениваем роль и вклад международных и национальных экспертов. В частности, мы признательны за поддержку, оказанную следующими людьми:

Асылхан Абишев, Директор РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК;

Куаныш Алтынбеков, Генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК;

Даулет Байпеисов, Заместитель генерального директора по стратегическому развитию РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК;

Малик Аденов, Директор РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии» МЗ РК;

Светлана Пономарева, Директор Департамента организации закупок медицинских услуг НАО «Фонд социального медицинского страхования»;

Дамиля Нугманова, Президент Ассоциации семейных врачей Казахстана;

Толбай Рахыпбеков, Президент Национальной ассоциации «Primary Health Care»

Роза Абзалова, Председатель правления Национальной ассоциации «Primary Health Care»

Нурали Аманжолов, Президент ОЮЛ «КазСоюзЛЖВ»

Канат Суханбердиев, Руководитель программы иммунизации Представительства ВОЗ в Казахстане

Наконец, мы выражаем благодарность за участие руководителям и медицинским работникам организаций ПМСП и центров СПИД, а также всем опрошенным, которые уделили свое время участию в оценке. Без важной информации, полученной от них, оценка не смогла бы быть успешной. Большое спасибо всем, кого мы забыли упомянуть, но кто принимал участие в данной оценке в различных ролях.

РЕЗЮМЕ ОТЧЕТА

Данная оценка интеграции ВИЧ/СПИДа в первичную медико-санитарную помощь в Казахстане была проведена в 2022 году. Цель оценки заключалась в том, чтобы использовать опыт интеграции в первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) противотуберкулезных и психиатрических услуг для поддержки интеграции в ПМСП мер реагирования на ВИЧ/СПИД. При проведении оценки использовался смешанный подход, сочетающий как качественные, так и количественные методы. В целом, в Казахстане услуги по туберкулезу (ТБ) и психическому здоровью в систему первичной медико-санитарной помощи интегрированы успешно. Оценка на уровне политики (национальном уровне) показала, что политические условия способствуют интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП. В рамках процесса интеграции были пересмотрены соответствующие национальные политики в области здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, потенциал и организационные возможности Министерства здравоохранения (МЗ) в Казахстане говорят о том, что интеграция ВИЧ/СПИДа в первичную медико-санитарную помощь возможна. Управления, отвечающие за первичную медико-санитарную помощь и ВИЧ/СПИД, курируются одним Департаментом организации медицинской помощи (ДОМП) Министерства здравоохранения. Во всех организациях первичной медико-санитарной помощи, участвовавших в данной оценке, противотуберкулезные и психиатрические услуги были успешно интегрированы в службу первичной медико-санитарной помощи на уровне медицинских организаций. Изменения в медицинских организациях ПМСП, инициированные с целью интеграции противотуберкулезных и психиатрических услуг, включают обучение медицинских работников и расширение их штата, а также улучшение инфраструктуры.

Модели интеграции противотуберкулезных и психиатрических услуг, включают ряд важных элементов:

- услуги предоставляются в одной и той же организации/помещении одним и тем же специалистом;
- услуги предоставляются в одной и той же организации/помещении другими специалистами;
- возможность перенаправления в другой кабинет, но в той же организации (учреждении);
- возможность перенаправления в другую организацию (учреждение).

Мнения как поставщиков услуг, так и клиентов указывают на то, что предоставление интегрированных услуг предпочтительнее вертикальных (автономных) услуг. Тем не менее, люди, живущие с ВИЧ (ЛЖВ) отметили, что в качестве предварительного условия для интеграции услуг ВИЧ/СПИД в ПМСП необходимо обучить медицинских работников оказанию качественных услуг ВИЧ/СПИД и решить проблемы, связанные со стигмой и дискриминацией. Интеграция ТБ и психического здоровья в ПМСП в Казахстане была связана с сокращением госпитализации больных ТБ, что привело к снижению передачи, приближению медицинских услуг к населению и повышению компетентности в области диагностики и лечения ТБ и психических заболеваний среди поставщиков услуг ПМСП. Уроки, извлеченные из интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП, показывают, что для успешной интеграции необходимо заручиться поддержкой широкого круга партнеров, в том числе клиентов, создать необходимые политические условия для интеграции, устранить узкие места в системе здравоохранения и проводить интеграцию поэтапно. Ключевые проблемы интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП включают: недостаточное кадровое обеспечение (как с точки зрения навыков, так и количества специалистов) для предоставления широкого спектра интегрированных услуг по лечению ТБ и психического здоровья, слабое финансирование, недостаточную инфраструктуру, а также стигматизацию пациентов с психическими расстройствами. Аналогичные проблемы ожидаются при интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП, и стране необходимо их решить, чтобы

интеграция была успешной. На основе уроков интеграции ТБ и психического здоровья, а также опыта других стран, данная оценка дает следующие рекомендации для успешной интеграции ВИЧ/СПИДа в первичную медико-санитарную помощь:

- **a.** Внедрение услуг ВИЧ/СПИД в ПМСП проводить поэтапно. Для качественного обучения специалистов и укрепления системы здравоохранения в данной оценке рекомендуется поэтапный подход к интеграции. Отправной точкой может стать интеграция мероприятий по профилактике ВИЧ, таких как тестирование на ВИЧ и повышение осведомленности, с последующим переходом к лечению и уходу в связи с ВИЧ. Необходимо разработать детальный План или Дорожную карту с указанием необходимых мероприятий для проведения поэтапной интеграции исходя из выбранной модели интеграции и отразить требуемые финансовые ресурсы/ затраты.
- **b.** Размещение центров СПИД в ПМСП. Исследование рекомендует, чтобы в рамках поэтапной интеграции услуги ВИЧ оказывали не специалисты ПМСП, а специалисты центров СПИД, путем их перемещения для работы в организации ПМСП. Специалисты центров СПИД будут укреплять потенциал поставщиков услуг ПМСП.
- **c.** Необходимо извлечь уроки из поэтапной интеграции и использовать их в процессе масштабирования. Стране необходимо внедрить системы для документирования опыта интеграции и, в частности, поэтапного внедрения, и далее расширять масштабы интеграции и ее интенсивность.
- **d.** Пересмотреть и обновить существующую национальную политику и стратегии, чтобы они в достаточной мере поддерживали интеграцию ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Опыт интеграции службы по охране психического здоровья и противотуберкулезной службы в ПМСП свидетельствует о том, что решающее значение для эффективной интеграции имеет политическая поддержка. В данной оценке рекомендуется, чтобы страна пересмотрела и обновила национальные политики и стратегии в сфере здравоохранения и ПМСП для обеспечения поддержки интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП.
- **e.** Разработать необходимые руководства, протокола, инструменты, нормативно-правовые акты, необходимые для поддержки интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Помимо широкой политической поддержки, оценка выявила потребность в разработке руководств, инструментов, протоколов и нормативно-правовых актов по интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП с целью поддержки специалистов ПМСП и ВИЧ, непосредственно участвующих в процессе интеграции.
- **f.** Обеспечить поддержку интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП со стороны широкого круга партнеров, включая ответственных за разработку политики, исполнителей, сообщества и людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Для того, чтобы интеграция была успешной, крайне важно заручиться поддержкой широкого круга партнеров, прежде всего людей, живущих с ВИЧ/СПИД. В ходе оценки у лиц, определяющих политику, и людей, живущих с ВИЧ/СПИД, были выявлены определенные сомнения в отношении готовности страны к интеграции вопросов ВИЧ/СПИДа в ПМСП и ее осуществимости. В исследовании рекомендуется структурированный процесс для вовлечения различных участников в процесс интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП.
- **g.** Нарастить потенциал поставщиков услуг ПМСП в предоставлении комплексных услуг ВИЧ/СПИД. Респонденты отметили, что необходимым условием качественной интеграции является формирование у поставщиков услуг ПМСП навыков оказания интегрированных медицинских услуг. Исследование рекомендует использовать надлежащие учебные материалы и усилить программы подготовки и повышения квалификации специалистов ПМСП по теме ВИЧ.
- **h.** Пересмотреть пакет услуг, предлагаемых в организациях ПМСП, чтобы убедиться, что ЛЖВ смогут получить комплексные услуги. Рекомендуется пересмотреть существующий пакет услуг ПМСП, включив в него комплексный пакет интегрированных услуг ВИЧ/СПИД.
- **i.** Системный подход в обеспечении качества интегрированных услуг ВИЧ/СПИД и ПМСП. По мнению респондентов, риск снижения качества услуг ВИЧ/СПИД после их интеграции в ПМСП

достаточно высок. Для эффективной интеграции ВИЧ/СПИД в ПМСП, МЗ рекомендуется внедрить систему надзора и обеспечения качества комплексных услуг, предоставляемых организациями ПМСП. Это может включать регулярный мониторинг и поддерживающую супервизию, а также организацию групп по мониторингу/повышению качества услуг в организациях ПМСП, где проводится интеграция услуг ВИЧ/СПИД. Также необходимо разработать и распространить стандарты качества при предоставлении комплексных услуг.

- **j.** Реализовать меры по профилактике стигмы и дискриминации клиентов, обращающихся за интегрированными услугами ВИЧ/СПИД и ПМСП. Интервью с людьми, живущими с ВИЧ, выявили опасения, что интеграция повысит уровень стигмы и дискриминации. Для решения этой проблемы в данной оценке рекомендуется реализация мер профилактики стигмы и дискриминации в организациях ПМСП, где будут интегрированы услуги ВИЧ/СПИД. Это включает повышение осведомленности медицинских работников о ВИЧ, а также разработку правовой базы для защиты людей, живущих с ВИЧ, от стигмы и дискриминации. Важным вмешательством также считается работа с людьми, живущими с ВИЧ, по снижению самостигмы.
- **k.** Финансирование интегрированных услуг ВИЧ/СПИД и ПМСП. Опыт интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП показывают, что ключом к успешной интеграции является обеспечение достаточного финансирования. Для поддержки процесса интеграции необходимо предусмотреть дополнительное финансирование на восстановление инфраструктуры ПМСП, усиление надзора, заполнение пробелов в кадрах и т.д. Данное исследование также рекомендует провести исследование с целью обоснования инвестиций и планирования бюджета интервенции.
- **l.** Товары, расходные материалы и технологии, включая лабораторные услуги. Ключом к интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП является обеспечение достаточности поставок, включая наборы для тестирования, АРВ-препараты и другие материалы. Для качественной интеграции, данная оценка рекомендует МЗ повысить потенциал организаций ПМСП по прогнозированию и количественной оценке, с целью обеспечения непрерывного доступа к товарам и материалам для лечения ВИЧ/СПИДа. Необходимо также повысить потенциал ПМСП по закупу и распределению товаров и материалов для ВИЧ/СПИДа.
- **m.** Обеспечить соответствующую инфраструктурную поддержку интеграции. Эта оценка показывает, что для предоставления интегрированных услуг будет необходимо поддерживать надлежащую инфраструктуру. Опрошенные указали на необходимость предоставления достаточного места для консультирования и тестирования на ВИЧ в рамках обеспечения конфиденциальности клиентов и предотвращения возможной стигмы и дискриминации.
- **n.** Реализовать системный подход с целью обеспечения надлежащего мониторинга и оценки интегрированных услуг ВИЧ/СПИД и ПМСП. «Делать нужно то, что можно измерить». Рекомендуется пересмотреть существующие инструменты мониторинга и оценки ПМСП, чтобы они могли обеспечить оценку интегрированных услуг. Это потребует от МЗ регулярной отчетности по показателям интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Данный процесс должен включать интеграцию информационных систем по сбору данных в целях исключения расхождений статистических данных и обеспечения доступа к единым данным.
- **o.** Маловероятно, что перегруженная система здравоохранения сможет справиться с возросшим числом пациентов, получающих антиретровирусную терапию в долгосрочной перспективе, сохраняя при этом качество услуг, без пересмотра рабочей нагрузки поставщиков услуг. Для реализации этой задачи может потребоваться дополнительный персонал. Стратегии передачи/делегирувания задач от врачей к медсестрам также могут быть полезны в организациях ПМСП, сталкивающихся с нехваткой персонала.
- **p.** Вовлекать ЛЖВ и ВИЧ-сообщества на всех этапах планирования внедрения интеграции ВИЧ в ПМСП.
- **q.** Рекомендуется миссия в страны с схожей спецификой здравоохранения с целью анализа/изучения интеграции мер реагирования на ВИЧ в ПМСП.

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Предварительная информация об оценке

Настоящий отчет подготовлен по результатам социологического исследования (оценки), проведенного в Республике Казахстан по заказу представительства Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ). Оценка проводилась командой национальных экспертов при поддержке международного консультанта. Результаты исследования, в частности извлеченные уроки и рекомендации, изложенные в настоящем отчете, рекомендованы для изучения широкому кругу лиц, включая лиц, определяющих политику, руководителей и исполнителей программ, поставщиков медицинских услуг и других специалистов, работающих над интеграцией традиционно вертикальных (автономных) программ системы здравоохранения в первичную медико-санитарную помощь. С каждым годом возрастающие потребности клиентов (пациентов) требуют обеспечения все более качественной, доступной и экономически эффективной медицинской помощи. Исходя из потребностей клиентов, в Казахстане была предложена интегрированная модель здравоохранения. Этот подход предполагает приближение услуг к людям, тем самым совершенствуя доступ к услугам здравоохранения. Такая модель также обеспечивает предоставление интегрированных (комплексных) медицинских услуг, отвечающих различным потребностям клиентов в области здравоохранения.

В Казахстане за годы независимости, начиная с 2000-х годов, в системе здравоохранения проведено множество реформ. Разработаны целевые программы по реформированию и развитию здравоохранения, которые продолжают реализовываться и в настоящее время. Казахстан является родиной двух деклараций по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). В 1978 году в Алма-Ате впервые была признана роль государств в поддержании ПМСП как основы реализации фундаментального права человека на здоровье. Спустя 40 лет в Астане 194 странами-членами единогласно принята Астанинская декларация ВОЗ по ПМСП. Государства-члены взяли на себя обязательство дать новый импульс развитию ПМСП в качестве краеугольного камня устойчивых систем здравоохранения в интересах достижения ВОУЗ, связанных со здоровьем, Целей в области устойчивого развития и санитарно-эпидемиологической безопасности. Задачи по достижению ВОУЗ, ЦУР и санитарно-эпидемиологической безопасности являются амбициозными, но практически осуществимыми. Их выполнение требует неотложного ускорения, что может быть обеспечено на базе ПМСП¹.

Мировой опыт показывает, что ПМСП является одним из наиболее важных звеньев развития национальных систем здравоохранения всех стран. Во многих странах все успешные системы здравоохранения достигли улучшенных показателей состояния здоровья населения за счет развития ПМСП. Для населения значимость ПМСП определяется высокой доступностью медицинской помощи, возможностью обследования и лечения без госпитализации, зачастую и без освобождения от работы или учебы². В последние годы в мировом медицинском сообществе повышенное внимание уделяется вопросам интеграции различных служб здравоохранения в практику ПМСП. В Рамочной программе по интегрированным, ориентированным на человека медицинским услугам, принятой подавляющим большинством голосов государствами-членами на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, «интегрированные медицинские услуги» определяются как «медицинские услуги, координируемые и предоставляемые таким образом, чтобы обеспечить для всех людей континуум услуг в области охраны здоровья, предупреждения заболеваний, диагностики, лечения, ведения заболеваний, реабилитации и паллиативного ухода, согласованных между различными уровнями и организациями

¹ Из доклада 1 ВОЗ, Первичная медико-санитарная помощь, 1 апреля 2021 года, <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/primary-health-care>

² Концепция формирования и развития центров лучших практик: Всемирный банк, консалтинговая компания SOFRECO, 2019 год.

как внутри сектора здравоохранения, так и вне его, в соответствии с их потребностями на протяжении всей жизни»³. Концепция предоставления «интегрированной медицинской помощи» предполагает межсекторальное сотрудничество, совместное целеполагание и согласование приоритетов и ориентирована на вовлечение заинтересованных сторон, представляющих различные направления медицинской помощи, и создание механизмов сотрудничества между ними. Сильные системы первичной медико-санитарной помощи, наряду с финансовой защитой, предлагаемой через ВОУЗ, описывались как верный путь к достижению здоровья для всех⁴.

В Казахстане в настоящее время в ПМСП интегрированы две профильные службы: противотуберкулезная и охрана психического здоровья. Цель данного исследования состояла в том, чтобы изучить опыт, извлеченные уроки и проблемы интеграции противотуберкулезных и психиатрических услуг в ПМСП, а затем использовать этот опыт для поддержки интеграции в ПМСП мер реагирования на ВИЧ/СПИД.

1.2. Важность интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП

В контексте данной оценки интеграция ВИЧ/СПИДа в ПМСП определяется как совместное размещение и совместное предоставление услуг и ресурсов для ВИЧ и первичной помощи, таких как помещения в медицинских организациях, врачи, санитарное просвещение, аптеки, лабораторные услуги и обучение. Учитывая, что в настоящее время услуги в связи с ВИЧ/СПИДом предоставляются в специализированных автономных центрах СПИД, интеграция означает, что услуги в связи с ВИЧ будут децентрализованы и будут оказываться вместе с другими медицинскими услугами в организациях первичной медико-санитарной помощи. Преимущества интеграции ВИЧ/СПИДа с другими услугами и первичной медико-санитарной помощью документально подтверждены многими исследованиями. Интеграция может способствовать решению проблемы неравномерного распределения ресурсов и, следовательно, общему укреплению системы здравоохранения, позволяя людям получать доступ к медицинской помощи, в которой они нуждаются, независимо от ВИЧ-статуса. В тех случаях, когда меры реагирования на ВИЧ/СПИД финансируются лучше, чем ПМСП, совместное размещение служб ВИЧ и ПМСП позволит максимально задействовать имеющиеся структуры медицинских организаций и обеспечить, что средства, выделяемые на укрепление организаций по оказанию помощи в связи с ВИЧ/СПИДом, также пойдут на пользу организациям, которые предоставляют услуги первичной медико-санитарной помощи⁵.

Опыт в аналогичных условиях показал, что децентрализация услуг ВИЧ в организациях первичной медико-санитарной помощи приводит к большей доступности услуг, увеличению количества перенаправлений, инициации и удержанию клиентов в системе помощи при ВИЧ⁶. Кроме того, интеграция связывается с улучшением результатов лечения пациентов и снижением стоимости услуг⁷. Интеграция ВИЧ и ПМСП также дает возможность взаимного использования обеих систем в таких направлениях, как кадровые ресурсы, мониторинг и оценка (МиО), управление цепочками поставок, лабораторные системы, а также консультационные услуги, что повышает эффективность здравоохранения⁸. Опыт децентрализации и интеграции мер реагирования на ВИЧ в ПМСП на глобальном уровне

³ Всемирная ассамблея здравоохранения, 69 сессия. Рамочная программа по интегрированным, ориентированным на человека медицинским услугам: отчет Секретариата, Женева Всемирная организация здравоохранения; 2016 г. (<https://www.who.int/iris/handle/10665/252698>)

⁴ <https://www.oatext.com/Primary-health-care-and-universal-health-coverage-Achieving-health-for-all.php>

⁵ Дж. Пфайффер, П. Монтойя, А. Дж. Баптиста и др., «Интеграция услуг по ВИЧ/СПИДу в первичную медико-санитарную помощь в Африке: уроки, извлеченные для укрепления системы здравоохранения в Мозамбике — тематическое исследование», *Журнал Международного общества по СПИДу*, том 1, статья 3, 2010 г.

⁶ М. Беделу, Н. Форд, К. Хильдербранд и Х. Рейтер, «Внедрение антиретровирусной терапии в сельских общинах: модель децентрализованной помощи при ВИЧ/СПИДе Лусикики», *Журнал инфекционных заболеваний*, том 196, приложение 3, стр. S464–S468, 2007 г.

⁷ А. Т. Бреннан, Л. Лонг, М. Маскью и др., «Исходы стабильных ВИЧ-положительных пациентов, направленных из клиники антиретровирусной терапии под руководством врача в клинику первичной медико-санитарной помощи под руководством медсестры для мониторинга и лечения», *AIDS*, том 25, стр. 2027–2036, 2011 г.

⁸ Д. Кутзе, К. Хильдербранд, Е. Гумаре, Ф. Маттис и М. Булэрт, «Интеграция лечения туберкулеза и ВИЧ в организации первичной медико-санитарной помощи в Южной Африке», *Tropical Medicine and International Health*, том 9, № 6, стр. A11–A15, 2004 г.

говорит о существенном улучшении доступа к услугам и повышении качества помощи по сравнению с централизованными и вертикальными (автономными) системами реагирования на ВИЧ⁹. Учитывая приоритетность комплексной, скоординированной, непрерывной и ориентированной на человека медицинской помощи, для предоставления услуг людям, живущим с хроническими заболеваниями, такими как ВИЧ/СПИД, лучше всего подходит ПМСП¹⁰. Учитывая необходимость отхода от финансовой поддержки со стороны донорских организаций, необходимо внедрять системы, обеспечивающие устойчивость и доступность комплексных услуг для людей, живущих с ВИЧ. Интеграция мер реагирования на ВИЧ/СПИД с первичной медико-санитарной помощью дает возможность более широкого укрепления систем здравоохранения и обеспечения устойчивости¹¹. Ожидается, что интеграция ВИЧ/СПИДа в ПМСП в Казахстане приведет к расширению доступа к услугам, повышению их качества и улучшению показателей состояния здоровья людей, живущих с ВИЧ.

1.3. Казахстанская модель ПМСП

Первичная медико-санитарная помощь – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества. В Казахстане, как и во всем мире, ПМСП является одним из приоритетных направлений развития системы здравоохранения. Укрепление здоровья населения на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями было и остается одной из ключевых целей государственных программ развития здравоохранения в течение последних 10 лет.

За последние десятилетия ПМСП в стране претерпела множество преобразований с различными результатами. Центральную роль в реформах ПМСП в стране играли потребители услуг (население). Общей целью реформ и преобразований системы ПМСП в стране является улучшение медицинской помощи для всех казахстанцев путем поддержания здоровья людей, профилактики болезней, снижения потребности в стационарных услугах и улучшения ведения хронических заболеваний. Несмотря на значительные достижения в национальной системе здравоохранения Казахстана и успехи реформ, предпринятых за два последних десятилетия, сфера оказания услуг ПМСП в стране находится под возрастающим напряжением от растущего бремени хронических заболеваний. Отечественная система ПМСП стоит перед вызовом необходимости рефокуса существующей системы на нужды человека и социума, на развитие персонализированной медицины, ориентированной на пациента.

В Казахстане в настоящее время (по состоянию на январь 2022 года) насчитывается в общей сложности 609 государственных и частных медицинских организаций (МО), оказывающих услуги ПМСП населению, находящемуся в зоне прикрепления. Из них 384 (63%) находятся в городах, а 225 (37%) функционируют в сельской местности. 357 (70,4%) организаций – государственные, а 252 (29,6%) – частные. В таблице 1 показано распределение организаций ПМСП в Казахстане по типам и регионам.

⁹ Дж. Пфайффер, П. Монтойя, А.Дж. Баптиста и др., «Интеграция услуг по ВИЧ/СПИДу в первичную медико-санитарную помощь в Африке: уроки, извлеченные для укрепления системы здравоохранения в Мозамбике – тематическое исследование», Журнал Международного общества по СПИДу, том 1, статья 3, 2010 г.

¹⁰ Эль-Садр В.М., Гусби Э. «Использование платформы по ВИЧ: решение проблемы неинфекционных заболеваний среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом». 2018 г.;32:S1–3.

¹¹ https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/aids.pdf?sfvrsn=189b259b_2

Таблица 1. Организации ПМСП в разрезе регионов.

№ п/п	Наименование региона/ области	Всего МО, оказывающих ПМСП	Государственные МО		Частные МО	
			город	село	город	село
1	Акмолинская область	26	3	17	3	3
2	Актюбинская область	37	11	13	12	1
3	Алматинская область	39	4	20	4	11
4	Атырауская область	23	5	10	7	1
5	Восточно-Казахстанская область	59	15	21	20	3
6	Жамбылская область	28	6	10	10	2
7	Западно-Казахстанская область	29	7	15	7	-
8	Карагандинская область	49	18	9	22	-
9	Костанайская область	31	10	16	5	-
10	Кызылординская область	21	6	7	6	2
11	Мангистауская область	25	4	8	11	2
12	Павлодарская область	30	6	10	14	-
13	Северо-Казахстанская область	17	3	13	1	-
14	Туркестанская область	44	4	17	9	14
15	г. Шымкент	43	14	-	29	-
16	г. Алматы	72	40	-	32	-
17	г. Астана	36	15	-	21	-
	Итого	609	171	186	213	39

Первичная медико-санитарная помощь оказывается следующими специалистами: врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами расширенной практики (общей практики), участковыми (патронажными) медицинскими сестрами, социальными работниками, психологами. Продолжается постепенный переход на общеврачебную (семейную) практику, и уже сегодня доля врачей общей практики среди всех врачей ПМСП составляет 76%. На рисунке 1 показано распределение врачей в системе ПМСП по специализациям. Организация инфраструктуры ПМСП важна для определения доступности медицинских услуг для населения.

В Казахстане действует следующая структура медицинских организаций, оказывающих ПМСП:¹²

а. Медицинский пункт – создается в населенном пункте (сельском округе) с численностью населения от 50 до 500 человек;

б. Фельдшерско-акушерский пункт – создается в населенном пункте (сельском округе) с численностью населения от 500 до 1500 человек;

в. Врачебная амбулатория – создается в сельском населенном пункте с численностью населения от 1500 до 5000 человек и в городе с численностью прикрепленного населения от 1500 до 10 000 человек;

г. Центр ПМСП – создается в сельском населенном пункте с численностью населения от 5000 до 30 000 человек и в городе с численностью прикрепленного населения от 10 000 до 30 000 человек;

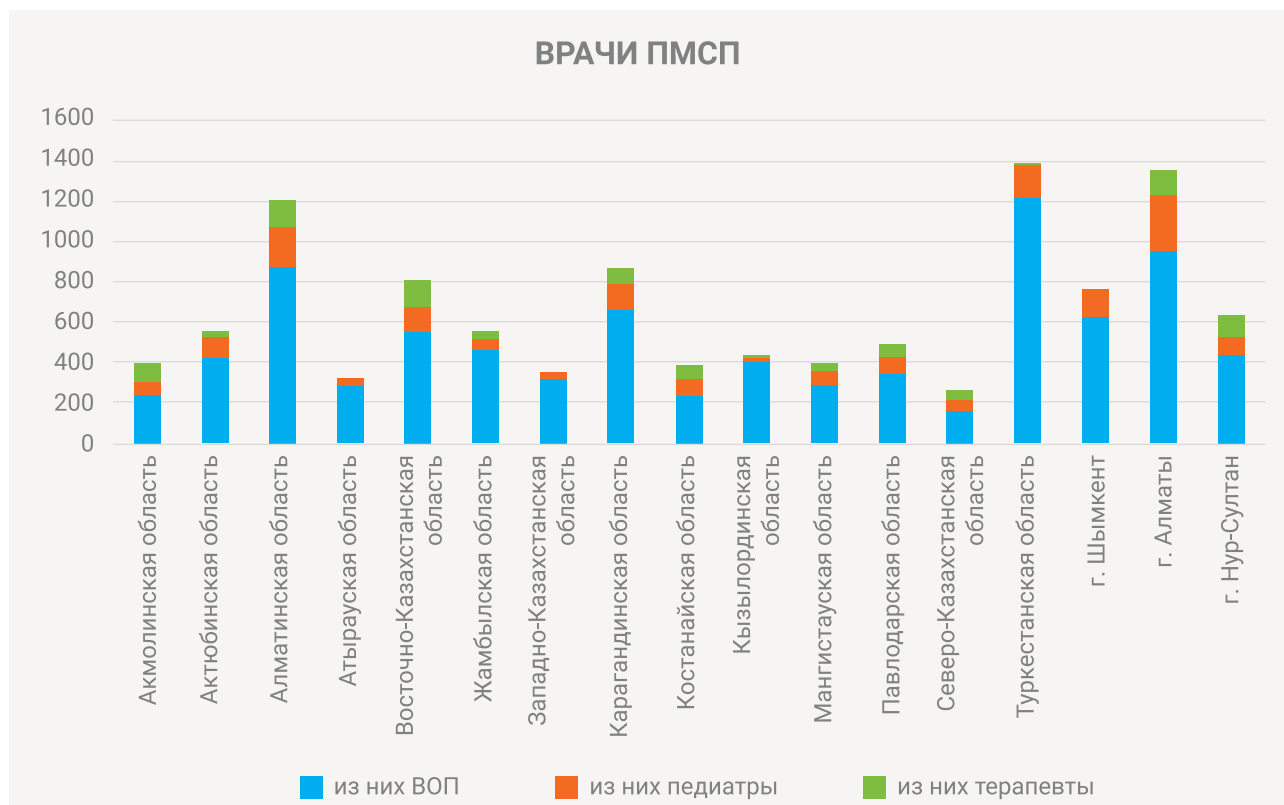
¹² Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-133/2020.

е. Районная поликлиника – создается в районном центре в составе районной или многопрофильной центральной районной больницы;

ф. Номерная районная поликлиника – создается при районной больнице в районе, имеющем сельские населенные пункты с численностью населения от 30 000 и выше;

г. Городская поликлиника – создается в городе с численностью прикрепленного населения от 30 000 человек.

Рисунок 1. Распределение врачей ПМСП по специализациям.



Деятельность организаций, оказывающих ПМСП, строится по территориальному принципу. Территориальный участок формируется с закреплением специалистов участка (врач ПМСП и 2-3 средних медицинских работника) для обслуживания определенного прикрепленного населения. Установлен норматив средней численности населения, приходящейся на одного врача общей практики (1 ВОП на 1700 прикрепленного населения).

Казахстан относится к числу стран, где в ПМСП функционирует диспетчерская система (на уровне врачей ПМСП). Как правило, для доступа к профильным специалистам необходимо направление от врача ПМСП (ВОП и другие). Аналогичный подход применяется в Болгарии, Испании, Италии, Литве, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Румынии, Словении, Великобритании, Эстонии. Помимо всего, для раннего выявления поведенческих факторов риска на уровне ПМСП проводятся профилактические медицинские осмотры целевых групп населения. Проводится комплекс мероприятий по профилактике и активному раннему выявлению больных психическими и поведенческими расстройствами в соответствии со стандартом организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан¹³. Специалисты ПМСП также проводят комплекс мероприятий по профилактике, активному раннему выявлению и диагностике ТБ согласно правилам проведения мероприятий по профилактике туберкулеза¹⁴. Также специалистами ПМСП осуществляется динамическое наблюдение за лицами с хроническими неинфекционными заболеваниями.

¹³ Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № КР ДСМ-224/2020.

¹⁴ Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № КР ДСМ-214/2020.

ПМСП в Казахстане предоставляется в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи гражданам РК, кандасам (репатриантам), беженцам, иностранцам и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории РК, за счет бюджетных средств, включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью, а также лекарственное обеспечение.

Все эти положительные шаги формируют прочную основу для достижения намеченных целей и решения задач дальнейшего развития ПМСП.

1.4. Ситуация с ТБ в Казахстане

Последние несколько десятилетий уровень заболеваемости туберкулезом в Казахстане стабильно снижается. Медицинская помощь, предоставляемая гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается в рамках ГОБМП и включает профилактические, лечебно-диагностические услуги, восстановительное лечение, медицинскую реабилитацию, паллиативную и социально-психологическую помощь. В 2015 году показатель заболеваемости ТБ составлял 58,5 на 100 000 населения. Благодаря эффективному и планомерному исполнению рекомендаций ВОЗ он снизился в 1,6 раза, до 35,7 на 100 000 населения в 2020 году. Количество зарегистрированных новых случаев сократилось в 1,5 раза, с 10 255 случаев в 2015 году до 6694 – в 2020 году. Показатель смертности в 2020 году составил 1,9 на 100 000 населения по сравнению с 4,1 на 100 000 населения в 2015 году. Сократилось в два раза абсолютное число умерших от ТБ – с 721 в 2015 году до 358 в 2020 году. Число больных активным ТБ в 2020 году составило 10409 против 19742 на конец 2015 года, сократившись на 9333 случая. Стабильно снижается количество рецидивов туберкулеза: в 2015 году зарегистрировано 2541 случая, в 2020 году – 2193. Показатель распространенности туберкулеза снизился в почти в два раза – с 92,6 на 100 000 населения в 2015 году до 49,2 на 100 000 в 2020 году. Количество фтизиатрических кабинетов увеличилось в 1,6 раза – с 215 в 2015 году до 359 в 2020 году. Количество коек для больных туберкулезом сократилось в 2 раза, с 9922 в 2015 году до 4363 в 2020 году, при этом количество фтизиатров сократилось с 1140 в 2015 году до 990 в 2020 году.

Казахстан – одна из немногих стран, которые за счет бюджетных средств внедрили самые современные методы ранней диагностики, лечения и профилактики туберкулеза в соответствии с международными стандартами, такими как краткосрочный курс противотуберкулезной терапии под прямым наблюдением (ККПТПН), рекомендованный ВОЗ. В настоящее время раннее выявление больных туберкулезом осуществляется медицинскими работниками всех специальностей медицинских организаций первичного звена, независимо от формы собственности, в виде направления на флюорографию. Профилактические мероприятия по туберкулезу начинаются с самого рождения. С целью профилактики туберкулеза среди здоровых новорожденных, при отсутствии медицинских противопоказаний, в прививочном кабинете перинатального центра (родильного отделения) на 2-4 сутки после рождения проводится вакцинация вакциной БЦЖ, согласно Национальному календарю прививок. Здоровым неинфицированным детям в возрасте 6 лет проводится ревакцинация вакциной БЦЖ.

С 2016 года внедряются инновационные подходы к лечению туберкулеза с применением новых препаратов, рекомендованных ВОЗ, в том числе краткосрочные схемы лечения туберкулеза новыми и перепрофилированными препаратами, которые являются высокоэффективными и позволяют добиться полного излечения туберкулеза. Эффективность лечения больных туберкулезом в стране одна из самых высоких в мире. В 2021 году среди впервые выявленных

больных с чувствительным туберкулезом эффективность лечения составила 87,5% (стандарт ВОЗ – 85%), а с ТБ с множественной лекарственной устойчивостью – 82,5% (стандарт ВОЗ – 75%).

В ходе интеграции проведена поэтапная передача всех диспансерных отделов и противотуберкулезных кабинетов ПТО в юридическое ведение поликлиник, что способствует обеспечению мультидисциплинарного подхода к ведению больного туберкулезом специалистами ПМСП, фтизиатрами, рентгенологами, медицинскими сестрами и другими профильными специалистами. Как упоминалось выше, дальнейшая интеграция противотуберкулезной службы с сетью ПМСП получила свое развитие в Комплексном плане по борьбе с ТБ в РК на 2014-2020 гг., согласно которому реализуется модель интегрированного контроля туберкулеза, когда больные, не выделяющие микобактерии туберкулеза и не представляющие опасности для окружающих, получают лечение амбулаторно в поликлиниках по месту жительства.

В настоящее время для проведения контролируемого лечения в амбулаторных условиях в структуре медицинских организаций, оказывающих ПМСП, организовано 2864 кабинетов непосредственно контролируемого лечения (НКЛ). На конец 2021 года на амбулаторном лечении находились 7584 пациента, в том числе с чувствительной формой – 3172 (42,2%) и с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза – 4412 (57,8%). Мониторинг лечения проводится ежедневно медицинскими сестрами, ответственными за НКЛ и контролируется врачами-фтизиатрами. Информация о проведенном лечении вносится в информационные системы «Лекарственное обеспечение» и «НРБТ». Для иммобилизованных больных ТБ созданы мобильные бригады, куда входят медицинские сестры кабинета НКЛ и кабинета-химизатора. Один раз в 10 дней эта категория больных ТБ осматривается врачами ПМСП.

В целом, интеграция ТБ в ПМСП предусматривала улучшение доступа и повышение качества противотуберкулезных услуг для населения за счет внедрения ускоренных методов диагностики ТБ, включая устойчивые формы эффективного лечения. Кроме того, улучшению консультативно-диагностической помощи должно способствовать соблюдение мер инфекционного контроля в точках высокого риска развития ТБ, предоставление социальных услуг уязвимым группам населения, создание условий для повышения мотивации больных ТБ к лечению, профессиональный и личностный рост медицинских работников. Другими способствующими факторами являются улучшение механизма финансирования и постепенное увеличение числа участковых фтизиатров в организациях ПМСП.

1.5. Ситуация с психическим здоровьем в Казахстане

Примерно у 23% пациентов, обращающихся за услугами ПМСП, имеются те или иные пограничные психические расстройства. Самая распространённая из них – депрессия. Ежегодно она становится причиной 140 тысяч случаев самоубийств в Европейском регионе ВОЗ, в который входит и Казахстан. Статистика показывает, что чаще пытаются совершить суицид женщины, а в последнее время негативный тренд наблюдается среди молодёжи. Всемирной организацией здравоохранения определены 10 рекомендаций по вопросам развития службы психического здоровья. Это разработка национальной политики, программ и законодательной базы, мониторинг психического здоровья населения, предоставление помощи по месту жительства, обеспечение медицинских организаций психотропными лекарственными препаратами и подготовка кадров. Проведение лечения в организациях ПМСП входит в число рекомендаций ВОЗ. В этой связи была разработана, утверждена и реализована Дорожная карта по развитию службы охраны психического здоровья Республики Казахстан на 2017–2018 годы, в основу которой положены рекомендации ВОЗ.

Профилактика и контроль над психическими и наркологическими заболеваниями в Казахстане также является одним из приоритетных направлений деятельности МЗ РК. Основные принципы их организации и оказания регламентируются в соответствии

с Правилами оказания медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями¹⁵. В рамках Дорожной карты по развитию службы охраны психического здоровья Республики Казахстан на 2017-2018 годы произошло слияние психиатрической и наркологической служб республики. В результате с 2018 года в стране созданы единые Центры психического здоровья (ЦПЗ). Основными задачами этой инициативы было приближение психиатрической, наркологической помощи к населению, а также борьба со стигмой в обществе по данным заболеваниям.

В 2020 году, по сравнению с 2019 годом, отмечается сокращение абсолютного числа врачей-психиатров с 633 до 602. Показатель обеспеченности врачами-психиатрами на 10 000 населения в 2020 году составил 0,3, в 2019 г. – 0,4. На рисунке 2 показано количество психиатров на 10 000 населения в разных регионах.

Рисунок 2. Обеспеченность психиатрами по регионам¹⁶



В 2020 году было завершено объединение юридических лиц – региональных психиатрических и наркологических организаций. В результате были созданы 17 ЦПЗ. Амбулаторная медико-социальная помощь лицам с пограничными психическими расстройствами (ППР) в 2020 году оказывалась в 189 кабинетах (в 2019 г. – в 219). Всего к концу 2020 года в структуру психиатрической помощи было внедрено 74 Первичных центра психического здоровья (ПЦПЗ) при городских поликлиниках в различных регионах.

Количество зарегистрированных лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психического и поведенческого расстройства (заболевания) сократилось с 9783 случаев в 2019 году до 8516 в 2020 году, соответственно показатель первичной заболеваемости на 100 000 человек населения в 2020 году составил 45,1 (в 2019 г. – 52,5). Данный показатель выше республиканского значения, в частности, отмечается в г. Шымкент (66,8), Костанайской (55,4) и Карагандинской (75,7) областях. На рисунке 3 показана ситуация с психическим здоровьем по регионам.

¹⁵ Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 285.

¹⁶ Статистический сборник, 2019-2020 гг. «Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году»

Рисунок 3. Ситуация с психическим здоровьем по регионам¹⁷



В январе 2016 года Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176 была утверждена «Государственная программа развития здравоохранения РК “Денсаулық” на 2016 – 2019 годы». Среди прочих направлений в программе уделяется внимание интеграции охраны психического здоровья.

В ходе интеграции охраны психического здоровья в систему ПМСП врачи психиатры и врачи-наркологи были объединены в одну специальность. Их деятельность осуществляется в первичных центрах психического здоровья, созданных в структуре городских Поликлиник. Организация ПЦПЗ позволила приблизить предоставление услуг по психическому здоровью к населению. Сегодня психиатры ведут свою деятельность в поликлиниках и тесно взаимодействуют с врачами ПМСП. Если раньше населению необходимо было обращаться за психиатрической помощью в психиатрические диспансеры и наркологические центры, то в ходе интеграции произошло слияние этих организаций в Центры психического здоровья (ЦПЗ). Наряду с этим для обеспечения эффективности интеграции данной службы в ПМСП в 2017 и 2018 гг. врачи ПМСП, в частности ВОП были обучены вопросам профилактики, диагностики и лечения пограничных психических расстройств и основам конфликтологии. Предполагалось, что эти меры в перспективе должны будут повысить выявляемость пограничных психических расстройств среди населения.

1.6. Ситуация с ВИЧ/СПИД в Казахстане

ВИЧ остается одной из основных проблем глобального общественного здравоохранения: на сегодняшний день этот вирус унес 36,3 миллиона [27,2–47,8 миллиона] человеческих жизней¹⁸. Правительство Республики Казахстан поддерживает усилия мирового сообщества в деле борьбы с ВИЧ/СПИД. Признавая, что проблема ВИЧ-инфекции является одной из наиболее значимых, Казахстан последовательно реализовывает шаги по сдерживанию распространения ВИЧ. Вопросы борьбы с ВИЧ-инфекцией включены в Концепцию развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года.

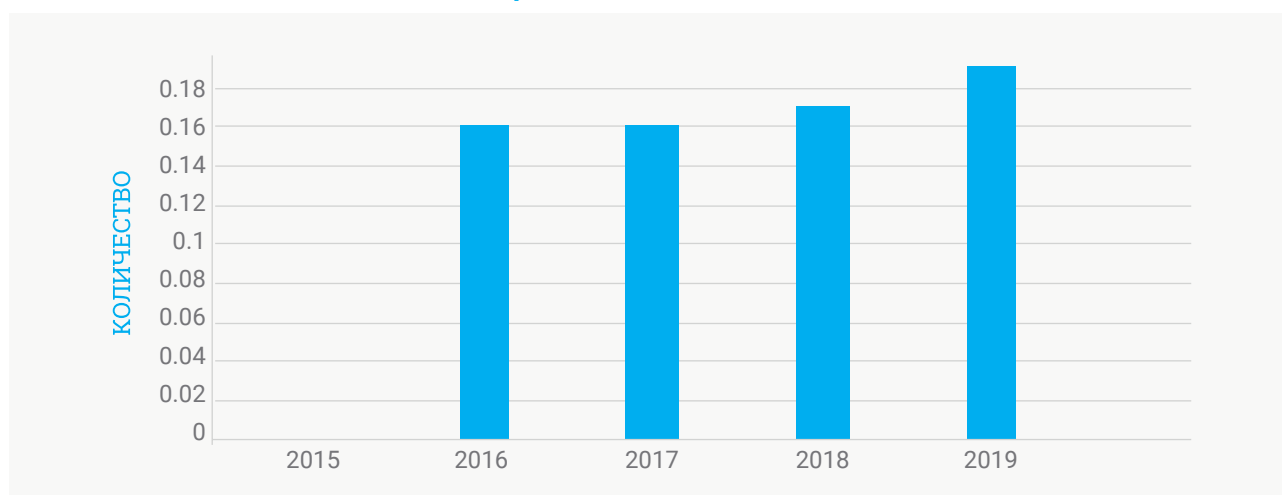
¹⁷ Статистический сборник, 2019-2020 гг. «Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году»

¹⁸ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Первые случаи ВИЧ в Казахстане были зарегистрированы в 1987 году. Последующие восемь лет характеризовались низкими показателями заболеваемости: до 1995 года в Казахстане зафиксировали всего 30 случаев ВИЧ, превалировал половой путь передачи. В 1996 году произошла вспышка среди наркозависимых в городе Темиртау Карагандинской области. Было зарегистрировано 36 случаев – это было инфицирование при групповом употреблении инъекционных наркотиков. С того времени число новых случаев заражения среди наркозависимых неуклонно росло. С 2006 г. доля парентерального пути передачи (через кровь) снизилась с 55% до 29%. Доля передачи ВИЧ от матери ребенку снизилась с 8,4% до 0,6%. С 2011 года на инъекционный путь передачи приходится 46 процентов случаев заражения, на половой путь – 50 процентов. Казахстанские эксперты констатируют десятикратное увеличение передачи ВИЧ в стране половым путем за последнее десятилетие.

Посостоянию на конец 2021 года с момента выявления первого случая ВИЧ-инфекции в стране умерло 14 664 человека. Смертность от СПИД в Казахстане с 2018 года начала снижаться с 1,5 на 100 тысяч населения до 0,9 на 100 000 населения в 2022 г.¹⁹ Наибольшее количество людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, зафиксировано в Карагандинской, Павлодарской, Восточно-Казахстанской, Алматинской областях и в городе Алматы. На начало 2021 года на лечении в областных и городских центрах СПИД в Казахстане находилось 29 980 человек. Согласно данным национального мониторинга, эпидемия ВИЧ находится в концентрированной стадии, т.е. распространена в основном среди ключевых групп населения: людей, употребляющих инъекционные наркотики, секс-работников, мужчин, практикующих секс с мужчинами. Хотя по оценкам ВОЗ Казахстан относится к группе стран с низкой распространенностью ВИЧ, темпы инфицирования в стране растут. Ежегодно в Казахстане число новых случаев ВИЧ-инфекции увеличивается на 10%. В 2021 году проведено около 3 млн добровольных и обязательных тестов на ВИЧ (14% населения страны), выявлено 3478 новых случаев ВИЧ. При этом в 2021 году также было обследовано больше 16 тысяч иностранцев, из которых 0,2% дали положительный результат. Заболеваемость ВИЧ на 1000 неинфицированного населения за период 2015-2019 гг. представлена на рисунке 4.

Рисунок 4. Заболеваемость ВИЧ на 1000 неинфицированного населения за период 2015-2019 гг. в РК²⁰

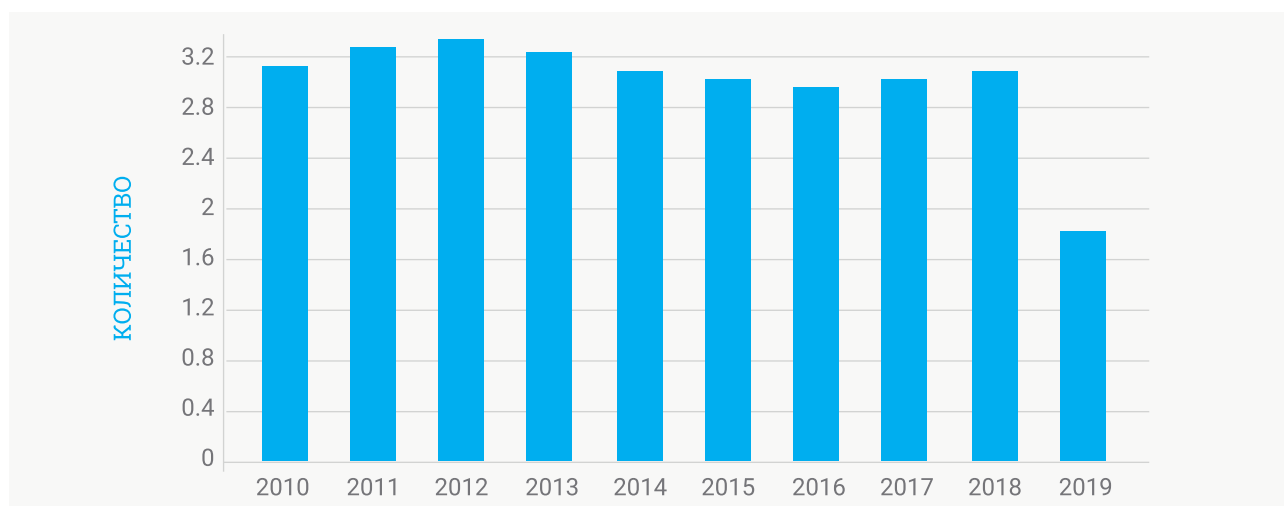


На рисунке 5 показаны тенденции смертности от СПИДа в период с 2010 по 2019 год.

¹⁹ 2021 HIV Response Monitoring and Evaluation Report

²⁰ Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Казахстан 2020 г.

Рисунок 5. Тенденции смертности от СПИДа в расчете на 100,000 населения в период с 2010 по 2019 год в РК²¹



В 2021 году из зарегистрированных 3478 случаев на учащихся ССУЗов и ВУЗов приходится 1,2%, учащихся школ – 0,4%. Социологическое исследование по изучению уровня информированности молодых людей 15-19 лет по вопросам профилактики ВИЧ, СПИД и ИППП, проведенное Центром изучения общественного мнения при поддержке ЮНФПА, показало, что:

91%

молодых людей не осведомлен в достаточной степени о ВИЧ и СПИД,

66%

респондентов не информированы о профилактике нежелательной беременности и инфицирования ВИЧ/ИППП посредством использования презервативов,

65%

молодых людей не осведомлены о необходимости лечения ИППП,

2,6%

молодых людей с симптомами ИППП не обращались за медицинской помощью для лечения в медицинские учреждения.

Данная ситуация с низкой осведомленностью молодёжи в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья может привести к формированию в будущем поведения с повышенным уровнем риска для здоровья.

В 2011 году в РК были созданы Молодежные центры здоровья, где молодежь и подростки могут получать различные услуги и консультации, в том числе и по вопросам ВИЧ-инфекции. В республике функционируют – 191 МЦЗ, которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги подросткам и молодежи.

В соответствии с глобальной стратегией Казахстан реализует стратегию ЮНЭЙДС «95/95/95». В 2021 году 81% людей с ВИЧ от оценочного числа знали свой статус, 79% людей с ВИЧ получили антиретровирусную терапию, 86% от получивших терапию имели неопределяемую вирусную нагрузку.²² Казахстан выполняет рекомендации ВОЗ по противодействию ВИЧ/СПИДу, включая тестирование и консультирование; информационно-образовательную работу; доступ к презервативам; доступ к иглам и шприцам; профилактику с участием

²¹ Страновой отчет о достигнутом прогрессе – Казахстан 2020 г

²² Страновой отчет за 2021 г., www.kncdiz.kz

неправительственных организаций; постконтактную профилактику; применение принципа «равный-равному» в аутрич-работе; профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; антиретровирусную терапию для серодискордантных пар.

Организации ПМСП, обеспечивают: первичное обследование на ВИЧ; контрацепцию ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста в рамках ГОБМП; подавление лактации у ВИЧ-инфицированной роженицы в рамках ГОБМП; обеспечение адаптированными молочными смесями детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей; ежегодное проведение флюорографического скрининга с целью раннего выявления туберкулеза среди ЛЖВ. Совместно со специалистами организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции осуществляют: динамическое наблюдение за ВИЧ-инфицированными беременными женщинами и детьми, рожденными от ВИЧ – инфицированных матерей; информирование беременной или кормящей матери о правильном питании, вопросах планирования семьи, беременности, по вопросам поддержки грудного или искусственного вскармливания; консультирование по вопросам ухода за детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных; обучение навыкам своевременного введения прикормов и их практического приготовления; диагностику и лечение сочетанных, сопутствующих заболеваний; постконтактную профилактику ВИЧ-инфекции среди населения.

1.7. Цели оценки

Общая цель

Общая цель этой оценки – использовать опыт интеграции противотуберкулезных и психиатрических услуг в ПМСП для поддержки интеграции в ПМСП мер реагирования на ВИЧ/СПИД.

Конкретные цели

- a. Оценить и задокументировать опыт и текущее состояние интеграции службы по охране психического здоровья и противотуберкулезной службы в ПМСП в Казахстане, включая пакеты интеграции, извлеченные уроки, преимущества и остающиеся проблемы.
- b. На основе опыта интеграции службы по охране психического здоровья и противотуберкулезной службы разработать осуществимые рекомендации по интеграции профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом в ПМСП.

2. МЕТОДЫ И ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ

Дизайн исследования: кросс-секционное оценочное исследование с применением смешанных методов и с использованием как качественных, так и количественных методов. Исследование было проведено в период с января по май 2022 года. Оценка была нацелена на три категории респондентов: лиц, ответственных за разработку политики и планирование; поставщиков услуг, а также клиентов, имеющих доступ к интегрированным услугам ПМСП, психического здоровья и ТБ.

2.1. Сбор количественных данных

Опыт, полученный в ходе других рапид оценок интеграции ВИЧ, рекомендует целенаправленную выборку представительного числа медицинских организаций различного уровня. Методическое руководство по рапид оценке интеграции ВИЧ в услуги по половому и репродуктивному здоровью рекомендует использовать не менее 15 мест оказания услуг для проведения оценки. Другие исследования рекомендуют, что для рапид оценки организаций здравоохранения необходимо выбрать не менее 5% от общего числа медицинских организаций. В Казахстане всего 613 организаций ПМСП, распределенных по 17 регионам страны. В рамках данной оценки было отобрано 30 организаций ПМСП, что составляет 5% от общего числа медицинских организаций. В свою очередь, были отобраны 5 из 17 регионов. Основным критерием для такой выборки было обеспечение представительности как городских, так и сельских организаций ПМСП. Затем 30 отобранных организаций ПМСП были пропорционально распределены в 5 отобранных регионах. Кроме того, в каждом отобранном регионе был добавлен центр СПИД, что увеличило общее количество участвующих медицинских организаций до 35. Конкретные организации были случайным образом выбраны национальными экспертами из таблицы Excel, содержащей список всех организаций ПМСП в 5 отобранных регионах. В Таблице 2 приведены отобранные организации для 5 случайно выбранных регионов.

Таблица 1. Организации ПМСП в разрезе регионов.

№ п/п	Наименование региона/области	Всего МО, оказывающих ПМСП	Государственные МО		Частные МО	
			город	село	город	село
1	Акмолинская область	26	3	17	3	3
2	Актюбинская область	37	11	13	12	1
3	Алматинская область	39	4	20	4	11
4	Атырауская область	23	5	10	7	1
5	Восточно-Казахстанская область	59	15	21	20	3
6	Жамбылская область	28	6	10	10	2
7	Западно-Казахстанская область	29	7	15	7	-
8	Карагандинская область	49	18	9	22	-
9	Костанайская область	31	10	16	5	-
10	Кызылординская область	21	6	7	6	2
11	Мангистауская область	25	4	8	11	2
12	Павлодарская область	30	6	10	14	-
13	Северо-Казахстанская область	17	3	13	1	-
14	Туркестанская область	44	4	17	9	14
15	г. Шымкент	43	14	-	29	-
16	г. Алматы	72	40	-	32	-
17	г. Астана	36	15	-	21	-
	Итого	609	171	186	213	39

2.2. Сбор качественных данных

Для сбора качественных данных респонденты были целенаправленно выбраны на нескольких уровнях: политический, системный и уровень оказания услуг. Выбор респондентов основывался на их знаниях и опыте работы в области туберкулеза, психического здоровья, ВИЧ и первичной медико-санитарной помощи.

2.3. Методы сбора данных

Обзор литературы

Для понимания ситуации с ПМСП, туберкулезом, психическим здоровьем и ВИЧ в Казахстане был проведен анализ соответствующих национальных политик и стратегических документов. Обзор литературы также был сосредоточен на изучении задокументированного опыта, возможностей и проблем интеграции ТБ, психического здоровья и ВИЧ в ПМСП. Список рассмотренных документов упоминается в настоящем отчете об исследовании.

Интервью с ключевыми информаторами – лицами, ответственными за разработку политики и планирование

В общей сложности на уровне разработки политики и планирования были охвачены 22 ключевых информатора. В таблице 2 представлено количество охваченных информаторов по категориям.

Таблица 2. Количество информаторов, ответственных за разработку политики и планирование.

Уровень	Категория респондента	Количество респондентов
Высший уровень руководства МЗ	Высокопоставленные должностные лица МЗ	3
Ведомственные органы МЗ РК	Комитет медицинского и фармацевтического контроля	2
	Фонд социального медицинского страхования	1
Организации здравоохранения республиканского значения, подведомственные МЗ РК	Республиканский научно-практический центр психического здоровья	3
	Национальный научный центр фтизиопульмонологии	3
Неправительственные организации	Национальная ассоциация «Primary Health Care»	6
	Ассоциация семейных врачей Казахстана	4
Итого	22	

Интервью с ключевыми информаторами, предоставляющими услуги на уровне организаций здравоохранения

В соответствии с протоколом исследования, для данной оценки было отобрано 30 медицинских организаций, в структуре которых оказывается ПМСП, что составило 5% от общего числа организаций здравоохранения. Для участия в исследовании была сделана случайная выборка из 5 регионов. Затем 30 медицинских организаций были пропорционально распределены по 5 регионам в выборке. Кроме того, в каждом из посещенных регионов к списку был добавлен центр СПИД, в результате чего количество участвующих в исследовании медицинских организаций достигло 35. Ниже в таблице выделены выбранные организации для 5 регионов в выборке. С помощью заранее разработанной анкеты были проведены интервью в режиме онлайн с поставщиками услуг в интегрированных ПМСП, психиатрических и противотуберкулезных клиниках, а также в пяти центрах СПИДа. Всего было опрошено 105 респондентов. В таблице 3 представлено общее количество респондентов, охваченных по регионам.

Таблица 3. Количество медицинских организаций в выборке по регионам.

№ п/п	Область	Количество медицинских организаций, оказывающих услуги ПМСП	Организаций в выборке	Респонденты
1	Акмолинская область	26	0	
2	Актюбинская область	37	6	25
3	Алматинская область	39	6	30
4	Атырауская область	23	0	
5	Восточно-Казахстанская область	62	0	
6	Жамбылская область	28	0	
7	Западно-Казахстанская область	29	0	
8	Карагандинская область	49	7	15
9	Костанайская область	31	0	
10	Кызылординская область	21	0	
11	Мангистауская область	25	0	
12	Павлодарская область	30	0	
13	Северо-Казахстанская область	17	0	
14	Туркестанская область	44	7	26
15	г. Шымкент	43	0	
16	г. Алматы	73	9	9
17	г. Астана	36	0	
	Итого	613	35	105

Выходные интервью с получателями медицинских услуг

Выходные интервью были проведены с получателями медицинских услуг в отобранных 30 медицинских организациях, оказывающих услуги ПМСП. Было опрошено по 10 (десять) клиентов на организацию, в общей сложности 300 респондентов. Было использовано руководство по проведению выходного интервью, в котором помимо интегрированных услуг ПМСП, ТБ и психиатрической помощи основное внимание уделялось качеству обслуживания клиентов. Руководство по проведению выходного интервью прилагается к настоящему отчету.

Обсуждение в фокус-группах – люди, живущие с ВИЧ

В рамках обеспечения более широкого и значимого участия ЛЖВС в каждом из 5 центров СПИД было проведено обсуждение в фокус-группе (ФГ). Всего было проведено 5 ФГ по 10 человек в каждой. Обсуждение в фокус-группах были сосредоточены на доступе к услугам в связи с ВИЧ/СПИДом, уровнях дискриминации, предполагаемых преимуществах и недостатках интеграции и рекомендациях по интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП.

2.4. Контроль качества данных

При сборе, вводе и анализе данных были применены следующие меры контроля качества данных.

- **Инструменты сбора данных:** инструменты сбора данных были предварительно протестированы перед непосредственным сбором данных для проверки на наличие несоот-

ветствий, двусмысленности или непонимания. Выявленные проблемы были решены до начала сбора данных. Кроме того, национальные эксперты, отвечающие за сбор данных, прошли обучение для обеспечения понимания и администрирования каждого вопроса в инструментах сбора данных

- **Надзор:** один эксперт национального уровня был назначен координатором оценки. Координатор руководил всей оценкой, включая сбор данных, ввод данных, анализ и написание отчета. В рамках контроля качества данных координатор оценки обеспечивал надзор за сбором, вводом и анализом данных. Для обеспечения качества проводились выборочные проверки в рамках процесса сбора данных
- **Ввод и анализ данных:** собранные данные подвергались дальнейшей очистке во время ввода и анализа данных

2.5. Анализ данных

Качественные данные были систематизированы и проанализированы в соответствии с целями исследования. Количественные данные были проанализированы с помощью Статистического пакета для социальных наук (SPSS). Были использованы простые частотные и перекрестные таблицы для обнаружения и исправления любых несоответствий перед окончательным анализом.

2.6. Этические соображения

Данное исследование было проведено в соответствии с Процедурой ЮНИСЕФ по этическим стандартам в проведении исследования, оценке, сборе и анализе данных и принципами защиты лиц, являющихся субъектами исследований. Информированное согласие было получено в рамках стандартных операционных процедур Институционального наблюдательного совета (по этике) HML IRB. Протокол исследования был разработан и представлен Министерству здравоохранения Республики Казахстан и Совету по этике ЮНИСЕФ HML, которые предоставили этическую экспертизу и разрешение на проведение оценки. Письменное информированное согласие было получено от каждого респондента. Собранные информация была конфиденциальной, и имя респондентов не было включено в настоящий отчет. Кроме того, национальные эксперты, проводившие интервью, прошли обучение по исследовательской этике, в том числе по гендерным вопросам, правам человека и правам ребенка. Национальные эксперты подписали письма-обязательства по соблюдению установленных этических требований, включая защиту прав ребенка. Для обеспечения конфиденциальности ассистенты-исследователи были обучены правильной обработке данных. Все заполненные анкеты передавались исследователям в конце каждого дня. Вопросы были надежно заперты в шкафу для предотвращения несанкционированного доступа. Все заполненные инструменты по сбору данных будут уничтожены после окончательной доработки и утверждения отчета об оценке. Кроме этого, были получены полномочия на проведение исследования от МЗ РК и руководства организаций здравоохранения, которые были отобраны для проведения оценки. Участникам исследования была предоставлена копия документов об информированном согласии.

2.7. Меры по устранению предвзятости оценки

Целенаправленные действия от разработки до проведения исследования, анализа данных и написания отчета были предприняты для устранения предвзятости оценки. Использование количественных и качественных инструментов было важным с точки зрения перекрестной проверки ответов и выявления любых возможных предубеждений исследователей.

Инструменты сбора данных были протестированы для выявления любых возможных систематических ошибок. На основе предварительного тестирования инструменты исследования были пересмотрены, чтобы обеспечить ясность вопросов и исключить любые наводящие вопросы, которые могут привести к предвзятости респондентов. Ассистенты-исследователи были обучены навыкам проведения интервью и избеганию предвзятости интервьюера при сборе данных. Проверки качества проводились ведущим консультантом в конце каждого дня для выявления и устранения любых возможных предубеждений. Проверка предварительных результатов также помогла выявить и устранить любые возможные результаты, которые могли быть получены из-за предвзятости исследования.

2.8. Участие заинтересованных сторон

В реализации данной оценки участвовали партнеры на национальном и областном уровнях. В разработке протокола исследования активно участвовало Министерство здравоохранения (департаменты, курирующие ВИЧ, ТБ, психическое здоровье, ПМСП), а также такие агентства ООН, как ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС. Кроме того, заинтересованные стороны были вовлечены в выборку локаций оценки и респондентов. Партнеры также участвовали в качестве ключевых респондентов. Национальные и региональные партнеры участвовали в верификации результатов исследования. Окончательный отчет будет распространен среди всех заинтересованных сторон. Для обеспечения конфиденциальности респондентов, как обсуждалось в разделе, посвященном этике исследования, отчет не будет представлен таким образом, который может напрямую связывать респондентов с результатами исследования.

2.9. Валидация результатов оценки

Было проведено два однодневных валидационных совещания с представителями ТБ, психического здоровья, ВИЧ, первичной медико-санитарной помощи и более широким кругом заинтересованных сторон как на национальном, так и на областном уровнях. Первая встреча была использована для проверки предварительных результатов исследования. На основе этой первой валидационной встречи был разработан проект отчета об оценке интеграции ПМСП и ВИЧ, включающий методологию, результаты, выводы и рекомендации. Проект отчета об оценке прошел дальнейшую проверку, и материалы были использованы для разработки окончательного отчета об оценке.

2.10. Управление исследованием

Данное исследование было проведено по запросу и при поддержке МЗ РК. От лица МЗ РК в исследовании участвовал Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой. Со своей стороны ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС предоставили техническую и финансовую поддержку в проведении исследования. ЮНИСЕФ также оказал поддержку в обеспечении качества исследования и соблюдении глобальных стандартов этики и прав человека. Исследование было проведено группой национальных экспертов при поддержке международного консультанта. Международный консультант отвечал за разработку методологии исследования, включая необходимые инструменты, обучение местных экспертов, а также обеспечение контроля качества исследования. Национальные эксперты отвечали за проведение предварительного тестирования инструментов исследования, сбор количественных и качественных данных, их анализ и написание проекта отчета исследования.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ

3.1. Интеграция на уровне политик и систем

Необходимым условием эффективной интеграции является высокий уровень поддержки в области политики. Аспекты интеграции на уровне политики включают организацию работы различных департаментов Министерства здравоохранения и то, как это облегчает или затрудняет интеграцию, в какой степени документы национальной политики в области здравоохранения поддерживают интеграцию, а также наличие руководств по интеграции. Цель данной оценки заключалась в том, чтобы изучить политические условия для интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП в Казахстане. Кроме того, в исследовании оценивались изменения политики, которые были реализованы при интеграции служб психического здоровья и ТБ в ПМСП.

Организационно ПМСП в Казахстане находится в ведении Управления амбулаторно-поликлинической помощи и скорой медицинской помощи, а ВИЧ/СПИД, также как и служба по охране психического здоровья и противотуберкулезная служба, координируется Управлением медицинской помощи по социально-значимым заболеваниям. Оба управления входят в структуру Департамента организации медицинской помощи (ДОМП) МЗ и подчиняются одному и тому же директору. Данная оценка показывает, что эта организационная структура предоставляет возможность для практической интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Интервью с лицами, ответственными за разработку политики показали, что всеми управлениями Департамента организации медицинской помощи проводятся совместные совещания по планированию, что представляет собой еще одну возможность для продвижения интеграции.

Интеграция ТБ и психического здоровья в ПМСП дает полезный опыт для поддержки интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Интеграция противотуберкулезной службы и службы охраны психического здоровья начата в 2014-2016 годах. Политическая основа интеграции была заложена в Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2019 годы и Комплексном плане по борьбе с туберкулезом, утвержденных на уровне Правительства РК. Уроки интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП показывают, что для успешной интеграции ВИЧ/СПИДа потребуются разработать соответствующие руководящие документы, в том числе протоколы и стандарты. Проведенные в рамках этой оценки интервью с лицами, ответственными за разработку политики, показали, что для поддержки интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП были пересмотрены нормативно-правовые акты, разработаны и утверждены новые правила и алгоритмы с разделением функционала ПМСП и профильных специалистов. Разработаны и утверждены приказом Министра здравоохранения дорожные карты, где были предусмотрены мероприятия, способствующие интеграции. Важным катализатором интеграции являются политические заявления. В своем послании народу Казахстана Президент РК акцентировал внимание о необходимости пересмотра подходов к ПМСП, в том числе на селе. В рамках исполнения поручений Президента разработан и утвержден приказ вице-министра здравоохранения № 106 от 25.02.2021 «Об утверждении Плана мероприятий по улучшению доступности первичной медико-санитарной помощи в сторону большей мобильности и доступности широкому кругу населения, в том числе проживающему в сельской местности, на 2021-2025 годы». Интеграция является жизнеспособным подходом к актуализации этого приказа.

В ходе этой оценки были выявлены различные системные проблемы, которые необходимо решить для обеспечения эффективной интеграции. Ключевыми факторами успешной интеграции услуг являются надежная и интегрированная медицинская информационная система, а также мониторинг и оценка. Мониторинг мероприятий по интеграции осуществляется подведомственными республиканскими организациями МЗ РК, ответственными за службу охраны психического здоровья и противотуберкулезную

службу. Надзор за данным процессом осуществляет Комитет медицинского и фармацевтического контроля МЗ. Аналогичную систему необходимо будет создать для мониторинга комплексного предоставления услуг по ВИЧ/СПИДу и ПМСП. Интервью с лицами, ответственными за разработку политики, выявили, что информационные системы здравоохранения по ВИЧ/СПИДу и ПМСП являются автономными (вертикальными). Базы данных областных центров СПИД и база МИС (медицинской информационной системы) медицинских организаций не интегрированы друг с другом. Обзор литературы показывает, что механизмы финансирования в значительной степени вертикальны, и если это не принять во внимание, может стать препятствием для интеграции. Оценка показала, что все лаборатории организаций ПМСП надлежащим образом укомплектованы квалифицированными кадрами в области здравоохранения, что является важным фактором эффективности интеграции. Большая рабочая нагрузка, частая нехватка персонала и его переводы были определены как возможные системные проблемы интеграции. Ответы респондентов о кадровых ресурсах здравоохранения и интеграции обобщены в таблице 4.

Таблица 4. Кадровые ресурсы здравоохранения и интеграция.

1.	С какими проблемами, связанными с людскими ресурсами в области здравоохранения, Вы столкнулись при интеграции услуг ПМСП в услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ? Как Вы их решили?	Нехватка кадров в организациях ПМСП. В Центрах СПИД укомплектованность кадрами практически 100%.
		С нехваткой специалистов, так как в Центрах СПИД работает всего 3-4 специалиста, а в ПМСП специалисты не обучены по ВИЧ.
2.	Исходя из своего опыта, как Вы думаете, с какими проблемами, связанными с людскими ресурсами в области здравоохранения, столкнется страна при интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в услуги ПМСП? Как бы Вы порекомендовали решать эти проблемы?	На сегодняшний день имеется дефицит врачей-инфекционистов для каждой организации ПМСП.
		Нехватка и некомпетентность кадров ПМСП. Вопрос с кадрами сложный по всей стране
		Обучение кадров, повышение зарплаты специалистам ПМСП в связи с увеличением нагрузки.
3.	Если Казахстан перейдет к интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в услуги ПМСП, что бы Вы порекомендовали относительно людских ресурсов в области здравоохранения с точки зрения укрепления медицинского потенциала в оказании комплексных услуг ПМСП и услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД?	Обучение врачей-инфекционистов и врачей-эпидемиологов для каждой организации ПМСП оказанию услуг по профилактике и борьбе со СПИД.
		Использовать потенциал действующих специалистов центров СПИД.
		Услуги по ВИЧ оставить в центрах СПИД.

3.2. Интеграция на уровне медицинской организации

3.2.1. Интервью с поставщиками услуг ПМСП

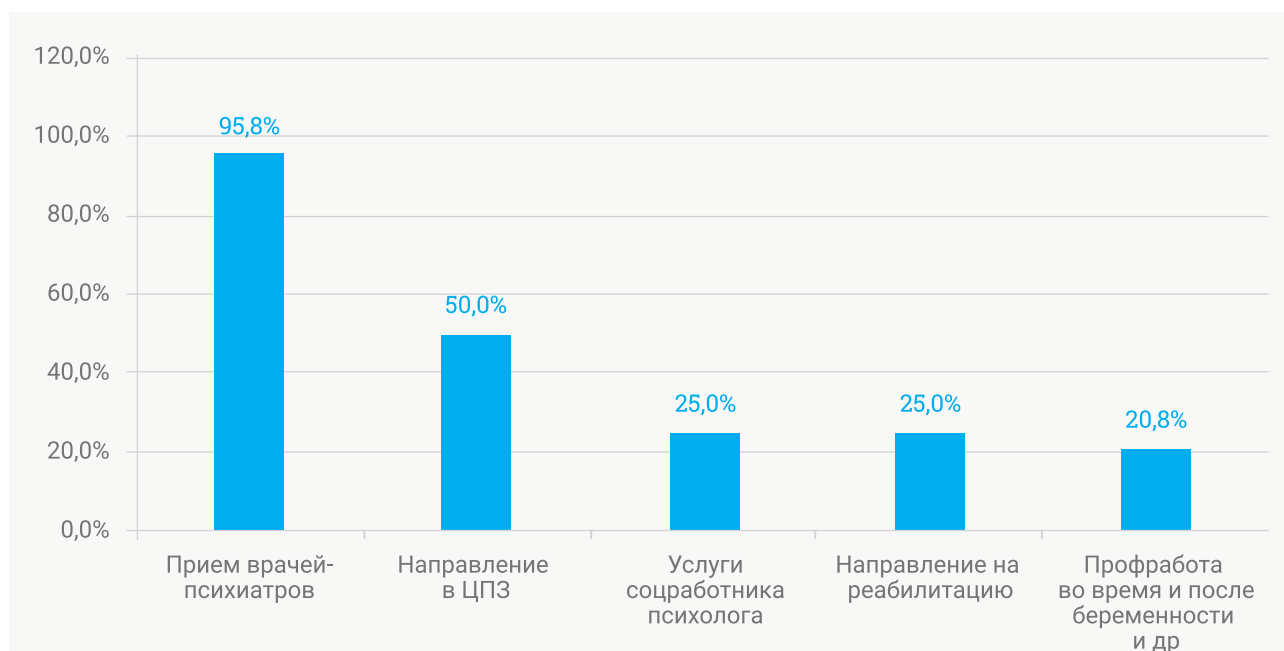
Что интегрировать в услуги ПМСП, оказываемые в посещенных медицинских организациях?

Понимание того, какие услуги ПМСП предлагаются в различных медицинских организациях, имеет ключевое значение для определения того, какие услуги по ВИЧ/СПИДу следует интегрировать в какие услуги ПМСП. Все посещенные организации сообщили о предоставлении полного спектра услуг, за исключением услуг по лечению ИППП. Около 17% респондентов из 5 организаций ПМСП указали, что они не занимаются лечением ИППП, которым занимаются частные дерматовенерологические клиники.

Интеграция услуг по охране психического здоровья в ПМСП

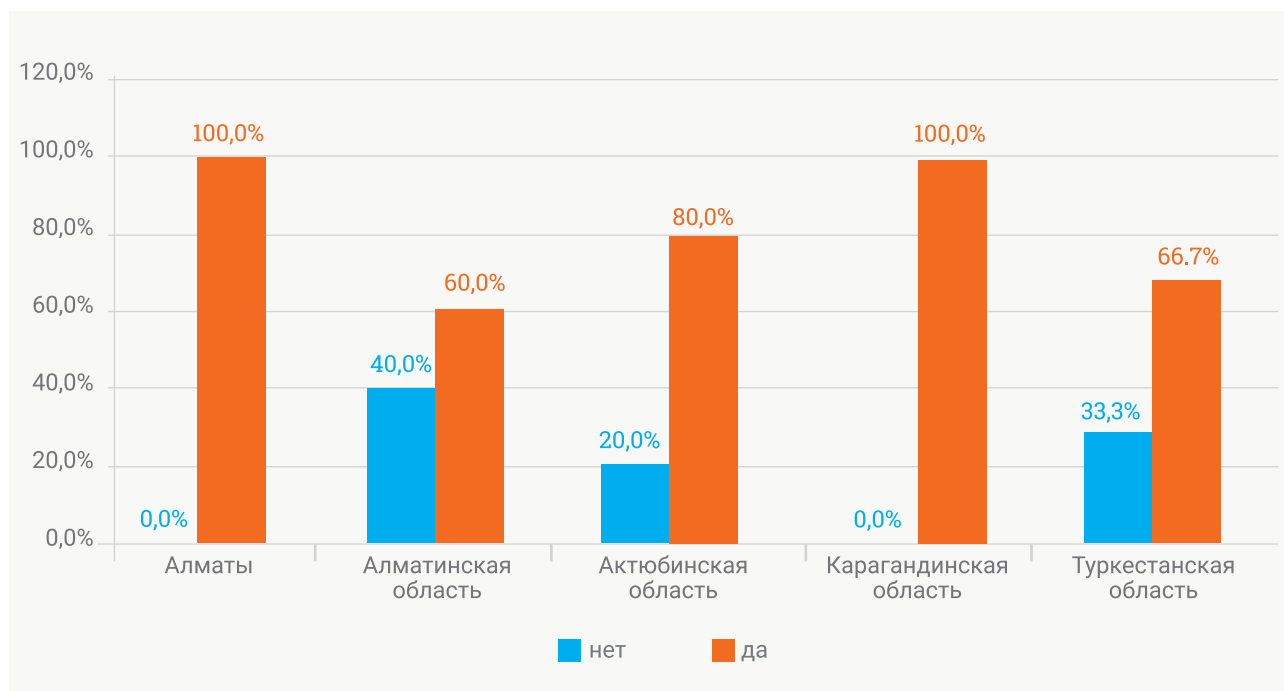
Услуги по охране психического здоровья были успешно интегрированы во всех посещенных медицинских организациях, при этом 97% респондентов сообщили, что в их организациях ПМСП оказываются услуги по охране психического здоровья. Наиболее распространенные услуги в области психического здоровья включали прием врачей-психиатров (95%), а также другие услуги, включая услуги по направлению в ЦПЗ (50%), консультации соцработника/психолога (25%), а также профилактические мероприятия во время и после беременности (21%). На Рисунке 6 представлены услуги по охране психического здоровья, оказываемые в медицинских организациях, участвовавших в исследовании.

Рисунок 6. Услуги по охране психического здоровья, оказываемые в медицинских организациях.



Понимание того, какие изменения были внесены при интеграции служб охраны психического здоровья в ПМСП, важно для помощи в планировании интеграции ВИЧ. Медицинских работников попросили сообщить, какие изменения в оказании услуг были внесены для обеспечения интеграции психического здоровья. В среднем 81,34% респондентов сообщили, что были внесены некоторые изменения. На рисунке 7 представлен процент опрошенных сотрудников по регионам, которые сообщили о некоторых изменениях в предоставлении услуг.

Рисунок 7. Респонденты, сообщившие об изменениях в предоставлении услуг.



Модели интеграции услуг охраны психического здоровья в ПМСП

В разных регионах использовались разные модели интеграции услуг охраны психического здоровья в ПМСП. Почти во всех организациях услуги по охране психического здоровья предлагались в одной и той же организации ПМСП без направления в другую организацию. О направлении в другую организацию сообщили только 25% респондентов. При этом существуют различия по регионам. В таблице 5 представлены данные о том, как услуги психического здоровья интегрированы в ПМСП.

Таблица 5. Модели интеграции услуг психического здоровья в ПМСП.

Ответы	Да	Нет
Находятся в одном и том же пункте оказания услуг и предоставляются одним и тем же лицом	15 (50%)	15 (50%)
Находятся в одном и том же пункте оказания услуг/помещении, но предоставляются другим лицом	15 (50%)	15 (50%)
Направление в другой кабинет, но в той же организации	25 (83,3%)	5 (16,7%)
Направление в другую организацию	18 (60%)	12 (40%)

Хотя одинаковое количество участников ответили «Да» и «Нет» на вопрос о том, доступны ли услуги по охране психического здоровья в одном и том же помещении с другими услугами ПМСП и предлагаются ли они одним и тем же лицом, в региональном разрезе в г. Алматы (75%) больше респондентов указали, что психиатрические услуги и услуги ПМСП находятся в одном и том же пункте оказания услуг и предоставляются одним и тем же лицом. В Туркестанской области был самый низкий процент (16,7%) сообщивших о том, что психиатрические услуги и услуги ПМСП предоставляются в одном и том же пункте оказания услуг и одним и тем же лицом. В таблице 6 представлены различные типы интеграции по регионам.

Таблица 6. Модели интеграции по регионам.

Ответы	г. Алматы		Алматинская область		Актюбинская область		Карагандинская область		Туркестанская область	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Находятся в одном и том же пункте оказания услуг и предоставляются одним и тем же лицом	75%	25%	20%	80%	60%	40%	67%	33%	17%	83%
Находятся в одном и том же пункте оказания услуг/помещении, но предоставляются другим лицом	50%	50%	20%	80%	80%	20%	67%	33%	33%	67%
Направление в другой кабинет, но в той же организации	100%	0%	60%	40%	100%	0%	67%	33%	83%	18%
Направление в другую организацию	0%	100%	100%	0%	0%	100%	50%	50%	33%	68%

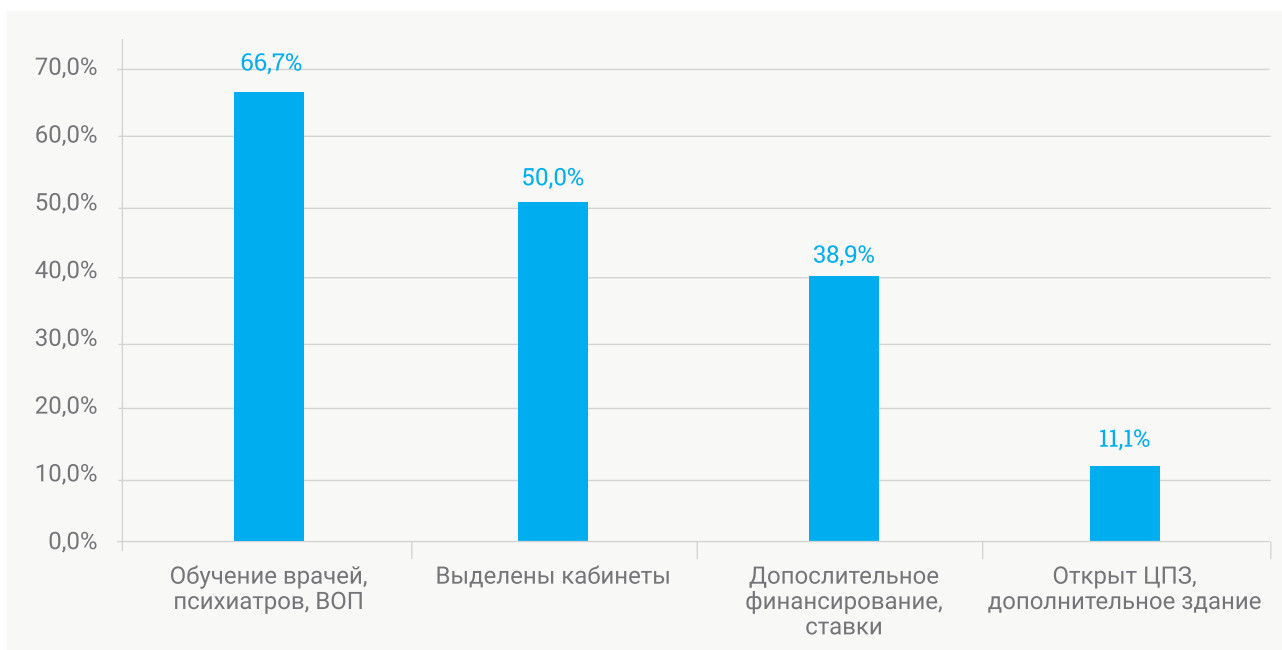
Психиатрические услуги предлагались во всех сферах обслуживания ПМСП. Все респонденты утвердительно ответили на вопрос о том, интегрированы ли услуги охраны психического здоровья в услуги ПМСП, начиная с услуг по планированию семьи, дородовой помощи, родовспоможения и услуг по охране здоровья детей и заканчивая лечением распространенных заболеваний.

Таким образом, интеграция психиатрической службы в ПМСП заключалась, прежде всего, в приближении доступа. Все услуги по профилактике были оставлены за ПМСП, где для наблюдения у врача ПМСП было дополнительно включено 8 диагнозов. По всем остальным психиатрическим проблемам и диагнозам, в том числе динамический учет и наблюдение пациентов с психическими расстройствами, в том числе лиц употребляющих ПАВ и т.д., предусматривалось наблюдение у психиатра. Одним из основных плюсов интеграции является то, что пациенту не нужно ездить в психиатрический диспансер, так как была проведена реорганизация службы, в ходе которой были созданы первичные центры психического здоровья (ПЦПЗ) в поликлиниках (1 ПЦПЗ на 60 тыс. населения).

Переориентация услуг ПМСП для интеграции

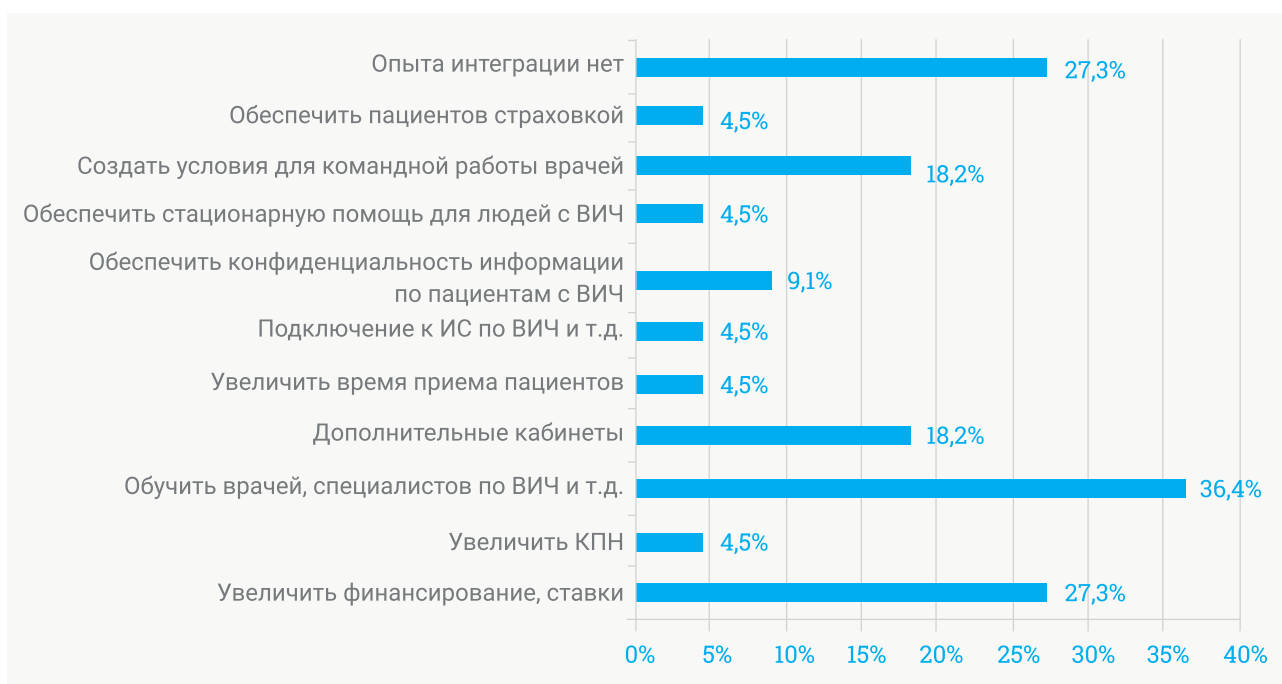
Исследование показало, что для обеспечения интеграции были предприняты различные действия по переориентации предоставления услуг ПМСП, указывая на то, что то же самое может применяться при подготовке к интеграции в ПМСП услуг по ВИЧ/СПИДу. Наиболее распространенной переориентацией было обучение врачей (67%) и выделение кабинетов (50%). На рисунке 8 показаны различные способы переориентации ПМСП для интеграции.

Рисунок 8. Переориентация ПМСП для интеграции служб охраны психического здоровья.



Соглашаясь с опытом интеграции психического здоровья в ПМСП, большинство респондентов указало основные направления, где нужна переориентация для поддержки интеграции в ПМСП ВИЧ, такие как «обучить врачей» (36,4%), «увеличить финансирование» (27,3%) и «создать условия для командной работы врачей» (18,2%). Это показано на рисунке 9.

Рисунок 9. Переориентация ПМСП для поддержки интеграции с ВИЧ



Исходя из этой оценки, психическое здоровье было успешно интегрировано в ПМСП, и, используя этот опыт с некоторой переориентацией, интеграция мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП также осуществима. Несмотря на этот вывод, некоторые респонденты считают, что интеграция вопросов ВИЧ/СПИДа в ПМСП будет сложной задачей и может отрицательно сказаться на доступе к услугам по ВИЧ из-за того, что появится стигматизация. Подчеркнув эти сложности и то, что необходимо сделать, медицинские работники отметили:



«Пройденный опыт внедрения службы психического здоровья показал, что сам процесс интеграции – это трудный путь, здесь не только какие-то финансовые затраты, но и психоэмоциональное напряжение, как для специалистов ПМСП, так и для психиатров. И насколько быстро будут решены проблемы, зависит от уровня оснащения организации, от руководства, от духа корпоративного сотрудничества. Наше мнение, что службу ВИЧ и СПИД надо оставить там, где она есть, им там удобнее, им лучше, когда они более обособлены, они должны иметь свою территорию, психологически и пациентам, и сотрудникам в автономии более спокойно. Мы считаем, что служба ВИЧ и СПИД – это более серьезное направление, чем охрана психического здоровья и туберкулез. Здесь больше рисков».

Другие медицинские работники опасались, что интеграция приведет к стигматизации и дискриминации и возможному нарушению конфиденциальности. Кроме того, вероятно, из-за недостаточной осведомленности, медицинские работники также сообщают, что интеграция может увеличить риск инфицирования персонала. Вот некоторые из наблюдений медицинских работников на данную тему:

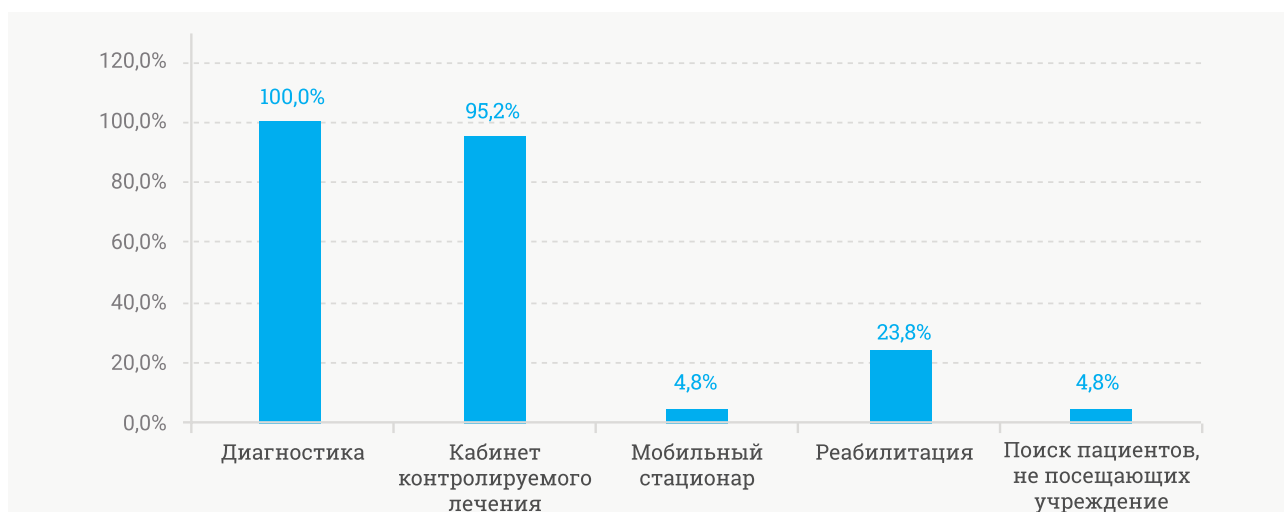


«Особого желания нет, чтобы служба ВИЧ и СПИД пришла в ПМСП. Так как считаем, что будет много проблем по соблюдению конфиденциальности. Необходимо выделить отдельное помещение, иначе они будут на виду у всех. Выписка лекарств в базе ИСЛО будет видна, и таким образом будет понятно, кто болен СПИДом, будет нарушена конфиденциальность. Также это будет нагрузка и на процедурные кабинеты, увеличится риск заражения медицинских работников. Мы считаем, что лучше оставить так, как есть, для пациентов это будет лучше».

Интеграция ТБ в ПМСП

Во всех посещенных организациях ПМСП имелись интегрированные противотуберкулезные услуги. Противотуберкулезные услуги, предлагаемые в посещенных организациях, включали диагностику (100%), непосредственно контролируемое лечение (95,2%), реабилитацию (23,8%) и поиск пациентов, не посещающих организацию (4,8%). На рисунке 10 представлены противотуберкулезные услуги, предлагаемые в посещенных организациях ПМСП.

Рисунок 10. Противотуберкулезные услуги, оказываемые в организациях ПМСП.



Модели интеграции ТБ в ПМСП

Цель этой оценки заключалась в том, чтобы понять модели интеграции ТБ в ПМСП. Все регионы сообщили об использовании нескольких моделей интеграции, вероятно, в связи с различными потребностями, которые могут быть у клиентов по ТБ. Используемые модели варьировались от: находятся в одном и том же пункте оказания услуг/помещении и предоставляются одним и тем же лицом; находятся в одном и том же пункте оказания услуг/помещении, но предоставляются другим лицом; направление в другой кабинет, но в той же организации, и направление в полностью другую организацию. Только 25% и 20% респондентов в Алматинской и Туркестанской областях соответственно сообщили, что у них не используется модель, когда услуги находятся в одном и том же пункте оказания услуг/помещении и предоставляются одним и тем же лицом. Почти все поставщики услуг из всех регионов, кроме Туркестанской области, сообщили о направлении пациентов с туберкулезом в другую организацию. Это может быть сделано для того, чтобы клиенты могли получить доступ к услугам, которые не предлагаются в данных организациях. Этот сценарий указывает на то, что для интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП необходимо будет применить несколько моделей. В таблице 7 показаны различные модели, используемые для интеграции ТБ в ПМСП.

Таблица 7. Модели интеграции противотуберкулезных услуг в службы ПМСП.

Ответы	г. Алматы		Алматинская область		Актюбинская область		Карагандинская область		Туркестанская область	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Находятся в одном и том же пункте оказания услуг и предоставляются одним и тем же лицом	75%	25%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	80%	20%
Находятся в одном и том же пункте оказания услуг/помещении, но предоставляются другим лицом	50%	50%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	83,3%	16,7%
Направление в другой кабинет, но в той же организации	87,5%	12,5%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Направление в другую организацию	100%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	83,3%	17,7%

Ситуация с интеграцией противотуберкулезной службы в ПМСП несколько отличается от интеграции психиатрической службы в ПМСП. Ранее в поликлиниках консультировали фтизиатры, но основная масса пациентов при подозрении на ТБ проходила все диагностические услуги в противотуберкулезном диспансере. Со временем, подходы лечения пациентов с туберкулезом поменялась, теперь большая масса людей лечится амбулаторно. В этой связи, было решено перевести фтизиатров консультативных отделений диспансеров в поликлиники. Их переместили в поликлиники, но одновременно расширили функции врачей ПМСП – теперь, кроме профилактики и выявления, за врачом ПМСП

дополнительно закрепили диагностику. Подтверждает диагноз фтизиатр, а дальнейшее лечение и наблюдение проводится врачом ПМСП. Также, фтизиатры, находясь рядом в одном здании, теперь осуществляют мониторинг оказания помощи больным туберкулезом.

Стигма и дискриминация при оказании противотуберкулезных услуг

Качественные данные респондентов показывают, что, хотя вначале стигматизация была распространена, она исчезла по мере продолжения предоставления услуг. Больные ТБ довольны услугами и сообщили, что интеграция помогла расширить доступ к услугам по борьбе с ТБ. По этому поводу одним из лиц, ответственных за разработку политики на национальном уровне, было отмечено:

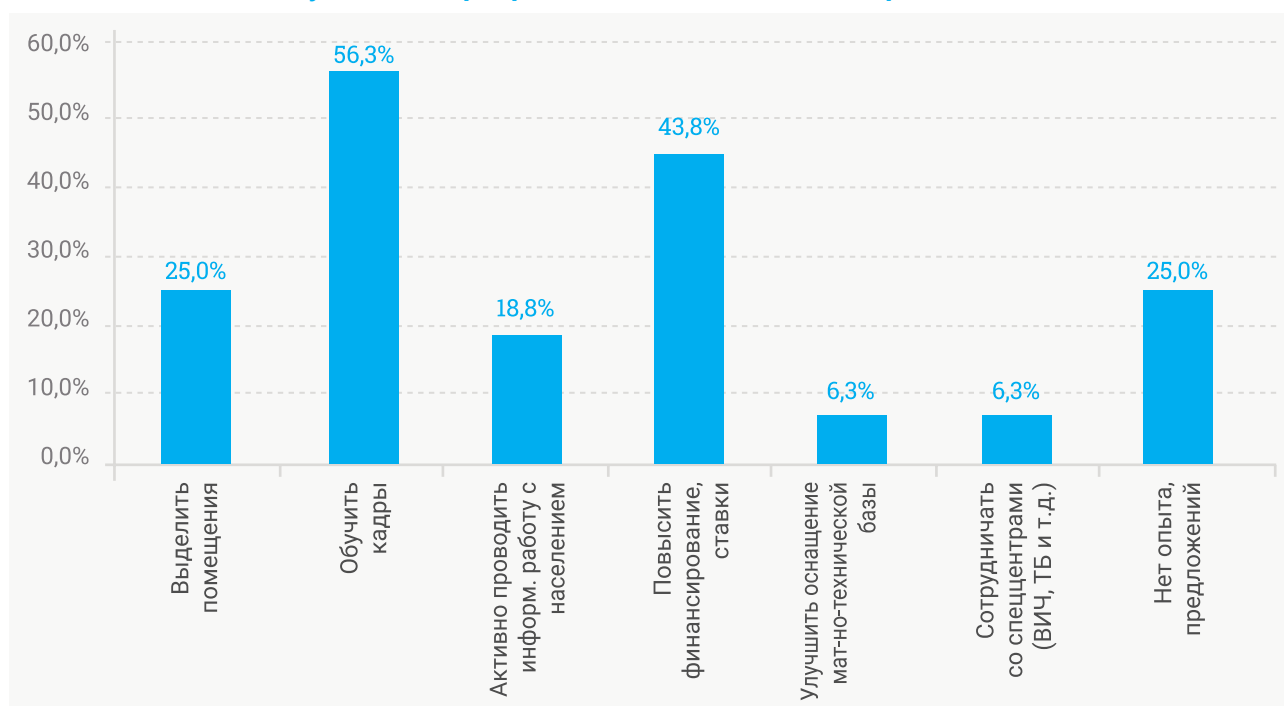


«Вначале были проблемы со стороны [обычных] пациентов: они болезненно восприняли тот факт, что туберкулезные пациенты стали ходить за услугами в общую сеть, в особенности мамочки с детьми и беременные. Была большая стигма. Было принято решение разделить прием на потоки, чтобы решить эту проблему. Пациентам стало проще, они теперь не идут за получением услуги в тубдиспансер, а получают помощь в шаговой доступности, поэтому они охотнее получают лечение. И врачам стало легче, что фтизиатры рядом, можно в любое время проконсультироваться».

Переориентация услуг ПМСП на интеграцию услуг в связи с ВИЧ

Используя свой опыт интеграции ТБ в ПМСП, поставщиков услуг попросили ответить на вопрос об областях, в которых оказание услуг ПМСП необходимо будет переориентировать, чтобы усилить интеграцию ВИЧ в ПМСП. Ключевые области, о которых сообщается для переориентации ПМСП на интеграцию с ВИЧ, включали: обучение персонала (56,3%), повышение финансирования (43,8%), выделение помещений для предоставления интегрированных услуг (25%) и активное проведение информационной работы с населением (18,8%). Эта информация представлена на рисунке 11.

Рисунок 11. Переориентация ПМСП для интеграции ВИЧ.



Отслеживание клиентов и направлений

В тех случаях, когда предоставление интегрированных услуг предполагает направление в другую организацию, решающее значение имеет эффективность направления и последующее наблюдение для обеспечения доступа клиентов к указанным услугам. Все посещенные организации сообщили, что у них есть системы контроля, обеспечивающие клиентам, направленным на комплексное лечение, возможность доступа к услугам, на которые они направлены. Методы последующего наблюдения варьировались от звонков пациентам по мобильному телефону, подворовых/поквартирных обходов, розыск через РОВД при необходимости и отслеживание получения услуг через информационные системы. Наиболее часто использовался метод обзвона врачами общей практики (83%). Интересно, что достаточно часто используется розыск через РОВД (39%). Ниже приведены некоторые цитаты опрошенных медицинских работников о методах отслеживания и последующего наблюдения за клиентами.



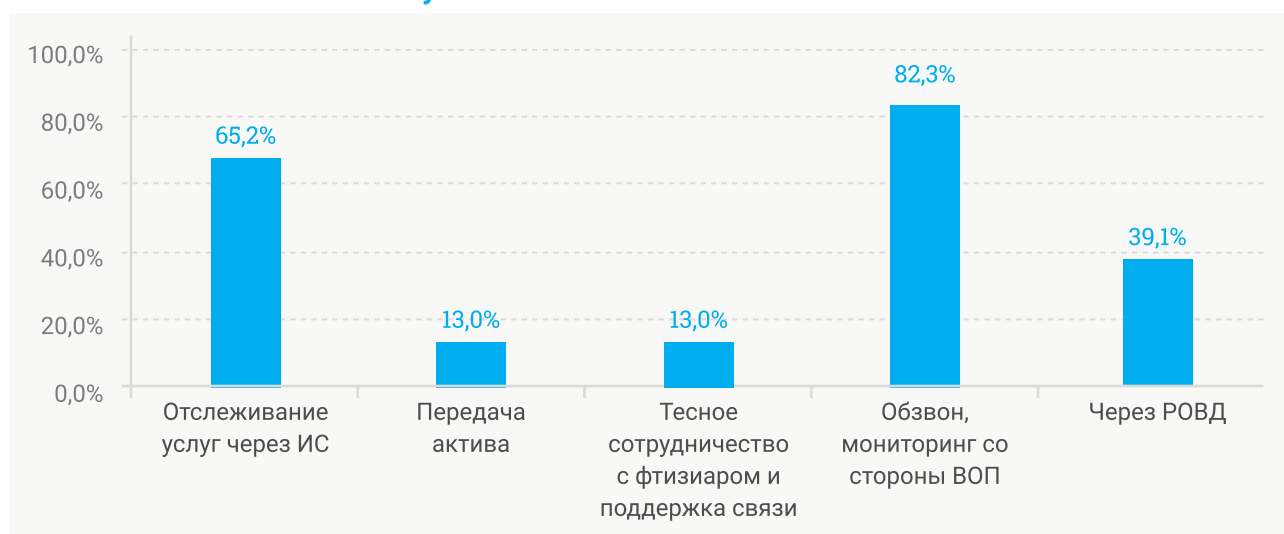
«В последующем отслеживается получение услуг через информационные системы, путем обзвона пациентов и приглашения на обследование, поквартирные обходы. При необходимости проводится розыск через РОВД».



«Постоянная связь ВОП с психиатрами и фтизиатрами, после выписки из стационара передается актив, а также отслеживаются пациенты в медицинской информационной системе. Кроме того, мы постоянно с ними на связи по телефону, смотрим через информационную систему. Если пациент пропадает, то сообщаем на участок, чтобы медсестра выяснила причину».

На рисунке 12 представлены методы, используемые для отслеживания клиентов с ТБ.

Рисунок 12. Отслеживание клиентов ТБ.



Ограничения интеграции ВИЧ в ПМСП

Понимание возможных ограничений на пути интеграции важно для разработки соответствующих стратегий их преодоления. Используя свой опыт интеграции ТБ в ПМСП, поставщиков услуг попросили оценить, являются ли ряд аспектов услуг систем здравоохранения, вероятно, большими, средними, небольшими ограничениями или вообще ими не являются. Большинство респондентов назвали в качестве важных ограничивающих факторов отсутствие инструментов сбора данных (60%), отсутствие соответствующих руководств (57%) и нехватку лекарств и материалов (53%). В качестве «других» возможных ограничений были отмечены возможное нарушение конфиденциальности, стигматизация и дискриминация, а также отсутствие координации. Некоторые респонденты считают, что интеграция значительно увеличит нагрузку на медицинских работников и заставит их отказаться от продолжения работы. При этом опрошенные поставщики услуг отметили:



«ПМСП нелегко [будет интегрировать услуги по ВИЧ/СПИДу]: пришла противотуберкулезная служба, служба по охране психического здоровья, неотложная помощь. Были серьезные проблемы по оплате, по тарификации, финансовые. С 1 июля передают еще тюрьмы... Рекомендация: в первую очередь решить вопрос о финансировании и вопрос о конфиденциальности. В целом, не рекомендуем интегрировать ВИЧ и СПИД в ПМСП».

Таблица 8. Прогнозируемые ограничения интеграции ВИЧ в ПМСП.

Аспект услуг	Не ограничение	Небольшое	Среднее	Большое
Недостаточно оборудования	11 (36,7%)	9 (30%)	5 (16,7%)	5 (16,7%)
Недостаточно места	9 (30%)	3 (10%)	10 (33,3%)	8 (26,7%)
Нехватка/отсутствия лекарств и других материалов	2 (6,7%)	4 (13,3%)	8 (26,7%)	16 (53,3%)
Нехватка соответствующего персонала	3 (10%)	6 (20%)	7 (23,3%)	14 (46,7%)
Недостаточная подготовка персонала	2 (6,7%)	3 (10%)	10 (33,3%)	15 (50%)
Низкая мотивация персонала	4 (13,3%)	6 (20%)	10 (33,3%)	10 (33,3%)
Слабый надзор	3 (10%)	7 (23,4%)	10 (33,3%)	10 (33,3%)
Отсутствие инструментов для сбора данных	3 (10%)	5 (16,7%)	4 (13,3%)	18 (60%)
Отсутствие соответствующих руководств	5 (16,7%)	5 (16,7%)	3 (10%)	17 (56,6%)

Влияние интеграции психического здоровья в ПМСП

Чтобы предвидеть возможные последствия интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП, поставщиков услуг попросили указать, как повлияла интеграция психиатрической службы в ПМСП на различные аспекты услуг. Произошло ли снижение, увеличение, либо изменений по данному аспекту не произошло? Большинство респондентов сообщили, что интеграция психического здоровья не была связана с каким-либо изменением стоимости услуг (93,3%) и времени, потраченного на одного пациента (53,3%). Значительный процент респондентов (43,3%) сообщили о снижении стигматизации пациентов, обращающихся за услугами в области психического здоровья. В таблице 9 показано влияние интеграции психического здоровья в ПМСП.

Таблица 9. Влияние интеграции психического здоровья в ПМСП.

Аспект услуг	Снижение	Без изменений	Увеличение	Не знаю
Стоимость услуг (для организации)	-	11 (36,7%)	10 (33,3%)	9 (30%)
Стоимость услуг (для клиента)	-	28 (93,3%)	-	2 (6,7%)
Эффективность услуг	3 (10%)	6 (20%)	18 (60%)	3 (10%)
Стигматизация клиентов в сфере психического здоровья	13 (43,3%)	9 (30%)	2 (6,7%)	6 (20%)
Нагрузка на поставщиков услуг	1 (3,3%)	10 (33,3%)	19 (63,3%)	-
Время, потраченное на одного клиента	6 (20%)	16 (53,3%)	8 (26,7%)	-

Влияние интеграции ВИЧ в ПМСП

Используя свой опыт интеграции вопросов охраны психического здоровья в ПМСП, поставщиков услуг попросили спрогнозировать последствия интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Значительный процент (90%) медицинских работников считает, что интеграция ВИЧ увеличит нагрузку на поставщиков услуг. Положительным аспектом является то, что более половины респондентов (53%) сообщили, что интеграция услуг в связи с ВИЧ повысит эффективность предоставления услуг. Мнения поставщиков услуг о влиянии интеграции ВИЧ/СПИДа на ПМСП приведены в таблице 10.

Таблица 10. Влияние интеграции услуг по ВИЧ/СПИДу в ПМСП.

Услуга	Снижение	Без изменений	Увеличение	Не знаю
Стоимость услуг (для организации)	-	8 (26,7%)	15 (50%)	7 (23,3%)
Стоимость услуг (для клиента)	1 (3,3%)	23 (76,7%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)
Эффективность услуг	3 (10%)	4 (13,3%)	16 (53,3%)	7 (23,3%)
Стигматизация клиентов с ВИЧ	6 (20%)	9 (30%)	8 (26,7%)	7 (23,3%)
Нагрузка на поставщиков услуг	-	-	27 (90%)	3 (10%)
Время, потраченное на одного клиента	1 (3,3%)	10 (33,3%)	12 (40%)	7 (23,3%)

Рекомендации по интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП

Поставщиков услуг попросили дать рекомендации для успешной интеграции ВИЧ в ПМСП, пользуясь своим опытом интеграции служб психического здоровья и ТБ в ПМСП. Ниже приводится перечень предоставленных рекомендаций:

- Обеспечить конфиденциальность
- Обучить кадры
- Обеспечить лекарствами без задержек
- Обеспечить кадрами для оказания комплексных услуг
- Обеспечить достаточное финансирование для оказания комплексных услуг
- Разработать четкий регламент для доступа к интегрированным услугам
- Начать с пилотного проекта и обучиться на нем
- Активизировать работу с сообществами и клиентами, чтобы повысить их осведомленность и подготовить к оказанию интегрированных услуг.

3.2.2. Интервью с поставщиками услуг в Центрах СПИД

Интеграция ПМСП в центры СПИД

Обычно услуги в связи с ВИЧ/СПИДом в Казахстане предоставляются в специализированных организациях, именуемых Центрами СПИД. В ходе этого исследования были опрошены поставщики услуг в общей сложности в 5 (пяти) Центрах СПИД. Цель оценки заключалась в том, чтобы изучить услуги по ВИЧ/СПИДу и ПМСП, оказываемые в центрах. Кроме того, в ходе оценки были запрошены мнения поставщиков услуг в центрах СПИД об интеграции ВИЧ/СПИДа в организации ПМСП. Все центры СПИД сообщили о предоставлении всесторонней информации и услуг по ВИЧ/СПИДу, начиная от профилактики и заканчивая лечением, уходом и поддержкой. Дополнительные услуги включали диагностику и лечение туберкулеза. На вопрос «Предоставляет ли ваш Центр СПИД какие-либо услуги ПМСП?» все центры ответили утвердительно. Дальнейшее обсуждение того, какие оказывались услуги ПМСП, показало, что все центры (100%) оказывали услуги по ИППП, в то время как услуги по охране репродуктивного здоровья, дородовую помощь, услуги, оказываемые во время родов/услуги по охране материнства, включая планирование семьи, а также услуги по послеродовому уходу оказывались в 4 из 5 центров (80%). Наименее интегрированные услуги включали вакцинацию, лечение детских болезней и услуги по охране здоровья подростков. Они были интегрированы только в двух центрах (40%). Эти данные подытожены в таблице 11.

Таблица 11. Услуги ПМСП, оказываемые в центрах СПИД.

Аспект услуг	Да	Нет
Планирование семьи	4 (80%) ¹	1 (20%)
Услуги дородовой помощи	4 (80%)	1 (20%)
Родовспоможение/охрана материнства	4 (80%) ²	1 (20%)
Услуги послеродового ухода	4 (80%)	1 (20%)
Услуги иммунизации	2 (40%) ³	3 (60%)
Лечение детских болезней	2 (40%) ⁴	3 (60%)
Медицинские услуги для подростков	2 (40%)	3 (60%)
Лечение ИППП	5 (100%)	
Лечение неинфекционных заболеваний (НИЗ)	3 (60%)	2 (40%)
Диагностика и лечение ТБ	3 (60%)	2 (40%)
Услуги по охране психического здоровья	2 (40%)	3 (60%)
Общие амбулаторные услуги	4 (80%)	1 (20%)

Рекомендации по интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП

Пользуясь своим опытом интеграции служб ВИЧ/СПИДа в центрах СПИД, поставщиков услуг попросили дать рекомендации о том, нужна ли какая-либо переориентация при интеграции услуг по ВИЧ/СПИДу в ПМСП. В то время как опрошенные из двух центров (40%) не поддержали интеграцию и, следовательно, не внесли никаких предложений, остальные отметили необходимость обучения персонала ПМСП ведению ВИЧ, включая прием АРВ-препаратов. В дополнение к обучению по вопросам борьбы с ВИЧ и СПИДом, респонденты упомянули о необходимости повышения осведомленности медицинских работников о пропаганде отсутствия стигмы и дискриминации при оказании услуг. Также было рекомендовано выделение дополнительных помещений для оказания консультационных услуг по ВИЧ в пунктах оказания услуг ПМСП. Кроме того, было рекомендовано

предоставление эффективных направлений, что важно для обеспечения приверженности ЛЖВ и их удержания на лечении. Все 5 центров сообщили о направлении клиентов в другие клиники для доступа к услугам, недоступным в центрах СПИД. Были также упомянуты методы последующего наблюдения за направлениями путем обзвона и использования существующих информационных систем.

Возможные препятствия на пути интеграции – мнения поставщиков услуг из Центров СПИД

Исходя из имеющегося опыта по интеграции услуг ПМСП в услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ, поставщиков из Центров СПИД попросили оценить различные факторы относительно того, насколько серьезными препятствиями они являются, по следующей шкале: не является ограничением, небольшое ограничение, среднее ограничение и большое ограничение. Большинство респондентов (60%) назвали большими (значительными) ограничениями для интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП нехватку оборудования для оказания комплексных услуг и нехватку/отсутствие препаратов. Большинство респондентов не назвали в качестве ограничения для интеграции слабый надзор. Как возможные препятствия для интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП также были упомянуты страх нарушения конфиденциальности и высокий уровень стигматизации. Рейтинг возможных ограничений интеграции, данный поставщиками услуг по ВИЧ/СПИДу, представлен в таблице 12.

Таблица 12. Рейтинг возможных ограничений интеграции.

Возможные ограничения/барьеры	Не является ограничением	Небольшое ограничение	Среднее ограничение	Большое ограничение
Нехватка оборудования для оказания комплексных услуг	-	-	2 (40%)	3 (60%)
Нехватка помещений для оказания комплексных услуг	-	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)
Нехватка/отсутствие препаратов и других предметов снабжения для оказания комплексных услуг	2 (40%)	-	-	3 (60%)
Недостаточная численность персонала для оказания комплексных услуг	2 (40%)	-	1 (20%)	2 (40%)
Недостаточная подготовка персонала для оказания комплексных услуг	1 (20%)	-	2 (40%)	2 (40%)
Низкая мотивация персонала	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	-
Слабый надзор	3 (60%)	-	-	2 (40%)
Отсутствие инструментов для сбора данных	1 (20%)	-	3 (60%)	1 (20%)
Отсутствие надлежащих руководящих принципов/стандартной методики работы	2 (40%)	-	2 (40%)	1 (20%)

Понимание возможного положительного и отрицательного воздействия интеграции является ключом к разработке соответствующих стратегий для устранения отрицательного воздействия и в то же время получения максимальных преимуществ. Чтобы понять это, оценка была направлена на то, чтобы изучить восприятие поставщиками услуг по СПИДу возможного эффекта интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП. Хотя несколько

респондентов указали, что у них нет информации о большинстве факторов, значительный процент поставщиков услуг по СПИДу больше склонялся к тому, что интеграция ВИЧ/СПИДа в ПМСП будет иметь отрицательные последствия. Большинство респондентов (60%) сообщили, что интеграция ВИЧ/СПИДа увеличит нагрузку на поставщиков услуг. 40% опрошенных сообщили, что увеличатся стоимость услуг, стигматизация и время, затрачиваемое на одного пациента. Значительный процент (80%) сообщил, что интеграция приведет к снижению качества обслуживания клиентов. В таблице 13 показано, как поставщики услуг в связи со СПИДом воспринимают возможное влияние интеграции услуг ПМСП с услугами по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД.

Таблица 13. Влияние интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП.

Элементы	Снижение	Без изменений	Увеличение	Не знаю
Стоимость услуг (для организации)	-	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)
Стоимость услуг (для клиента)	-	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)
Эффективность услуг	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)
Стигматизация	2 (40%)	-	2 (40%)	1 (20%)
Нагрузка на поставщиков услуг	-	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)
Время, выделенное на одного пациента	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)	1 (20%)
Качество обслуживания клиента	4 (80%)	-	1 (20%)	-
Качество услуг	3 (60%)	-	2 (40%)	-
Комплексность получаемых услуг	3 (60%)	2 (40%)	-	-

К другим возможным негативным последствиям интеграции мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом в ПМСП, выявленным поставщиками услуг в центрах СПИД, относятся возможный рост оппортунистических заболеваний, таких как туберкулез и гепатит В и С, слабая приверженность лечению, что может привести к повышению уровня передачи ВИЧ.

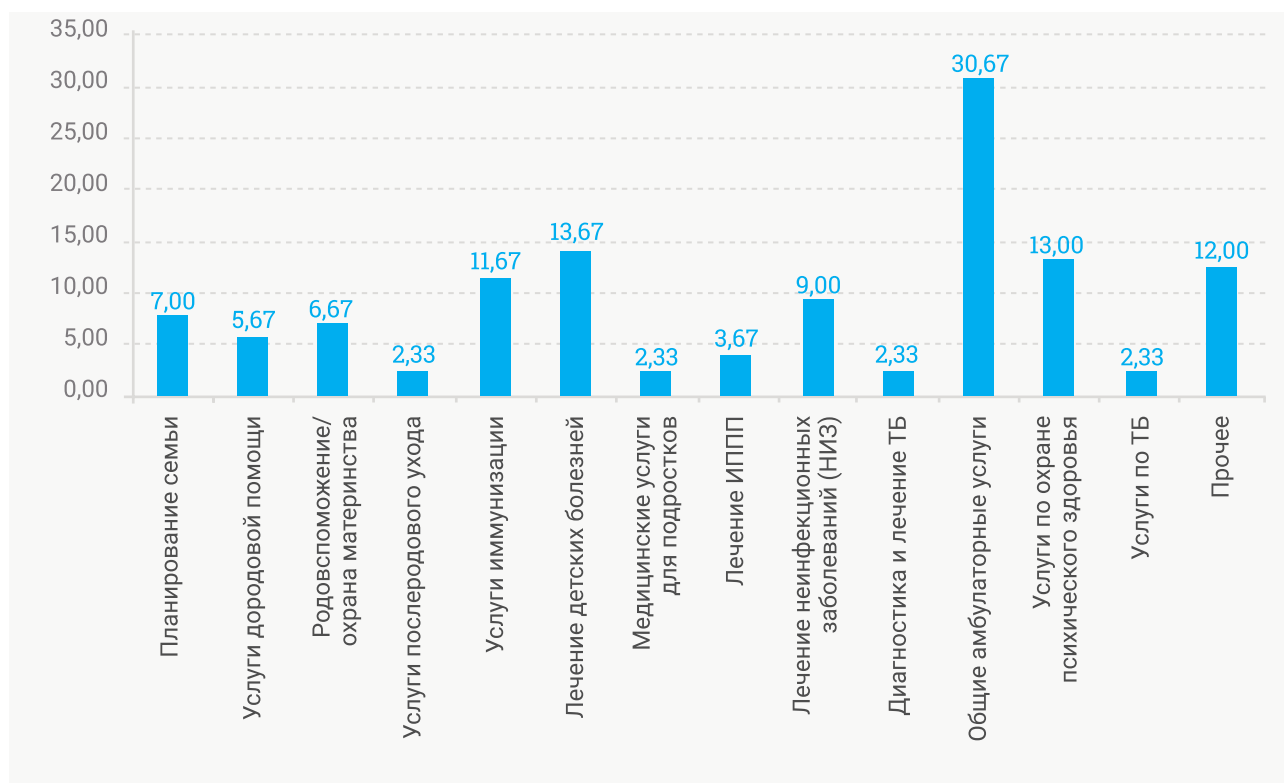
3.3. Интеграция на уровне клиента

3.3.1. Результаты выходных интервью с получателями услуг на уровне ПМСП

Услуги, за которыми обращаются в ПМСП

На вопрос «Для получения каких услуг вы пришли сегодня?» большинство пациентов (30,67%) ответили, что обратились за общими амбулаторными услугами. Значительный процент (13%) составили те, кто сообщил, что обратился за услугами по охране психического здоровья, что указывает на то, что психиатрическая помощь была интегрирована в ПМСП. Другие услуги, за которыми часто обращались пациенты, включают лечение детских болезней (14%), иммунизацию (12%) и прочие (12%). Услуги, за которыми обращались клиенты, показаны на рисунке 13.

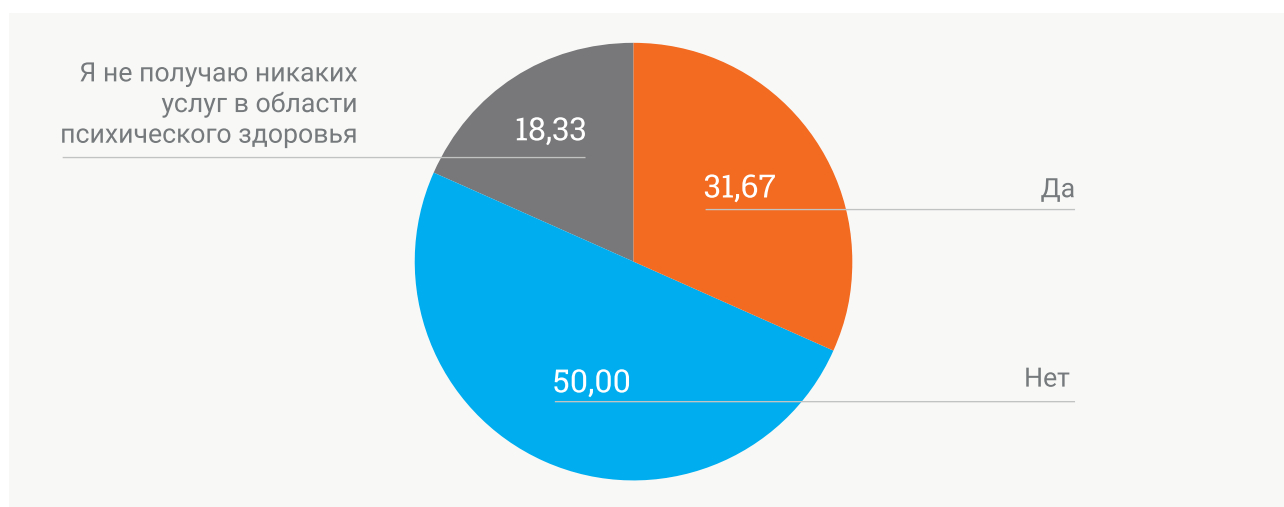
Рисунок 13. Услуги, за которыми клиенты обращались в организации ПМСП.



Почти половина (48%) респондентов, обращавшихся за услугами в организации ПМСП, сообщили, что там им предложили информацию или услуги в области психического здоровья.

Как и в случае с психическим здоровьем, 43% клиентов, посетивших организации ПМСП, сообщили, что им предложили услуги или информацию по ТБ. Значительный процент респондентов (30%) обращаются за услугами по охране психического здоровья в ту же организацию, куда обращаются за услугами ПМСП. Это показано на рисунке 14.

Рисунок 14. Клиенты, получающие противотуберкулезные услуги в организациях ПМСП.



Большинство клиентов, обратившихся за услугами в области психического здоровья, посетили организацию ПМСП по направлению. Среди других причин – консультации с психологами по поводу психического здоровья пациентов и их детей, консультации по депрессии и тревожным состояниям, а также дородовые и послеродовые консультации психолога.

Модели интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП по сообщениям клиентов

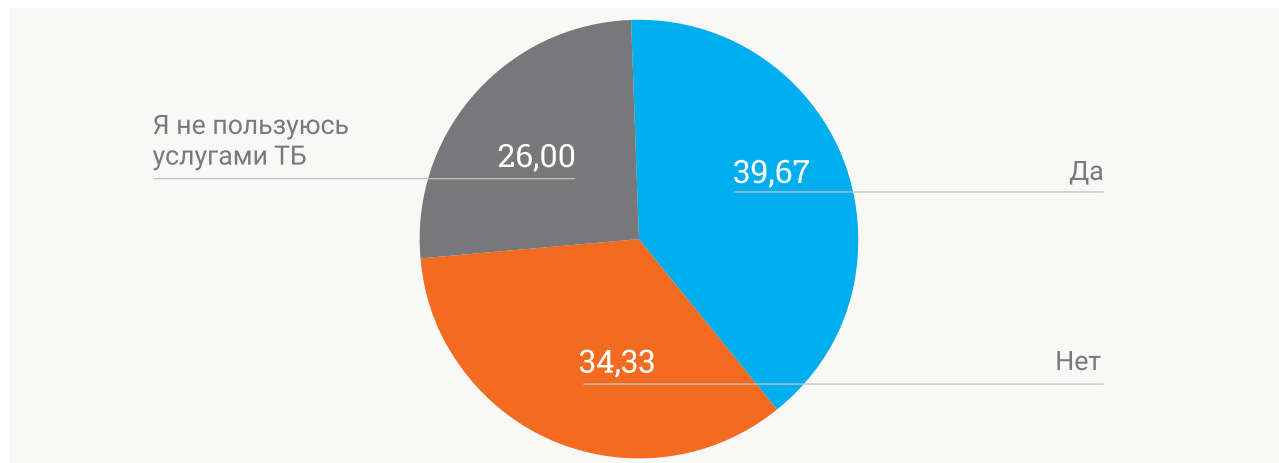
Интеграция служб здравоохранения может происходить на разных уровнях и разными путями. Эта оценка была направлена на то, чтобы понять, как ТБ и психическое здоровье были интегрированы в ПМСП с точки зрения клиентов. Наиболее часто упоминаемой моделью интеграции как для психического здоровья (29%), так и для ТБ (39%) была «услуги оказываются в другом кабинете, но в той же организации». С другой стороны, модель, когда услуги оказываются в том же кабинете тем же лицом, была упомянута респондентами реже всего – 13% для психического здоровья и 20% для ТБ. В таблице 14 представлены результаты того, какие модели интеграции услуг использовались для ТБ и психического здоровья по сообщению респондентов.

Таблица 14. Модели интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП по сообщениям клиентов.

Модель интеграции	Психическое здоровье		ТБ	
	Да	Нет	Да	Нет
Услуги оказываются в том же кабинете тем же лицом	13%	87%	20%	80%
Услуги оказываются в том же кабинете, но другим лицом	28%	72%	21%	79%
Услуги оказываются в другом кабинете, но в той же организации	29%	71%	39%	61%
Услуги оказываются в другой организации	11%	89%	7%	93%

Более половины клиентов, которые обращались за противотуберкулезными услугами (или 40% от общего числа, включая тех, кто не обращался), сообщили, что получают услуги по ТБ в том же месте, что и другие услуги ПМСП. На рисунке 15 показаны ответы на вопрос «Вы обычно получаете услуги по ТБ в этом учреждении?»

Рисунок 15. Ответы клиентов о том, где они получают доступ к услугам по ТБ и ПМСП.



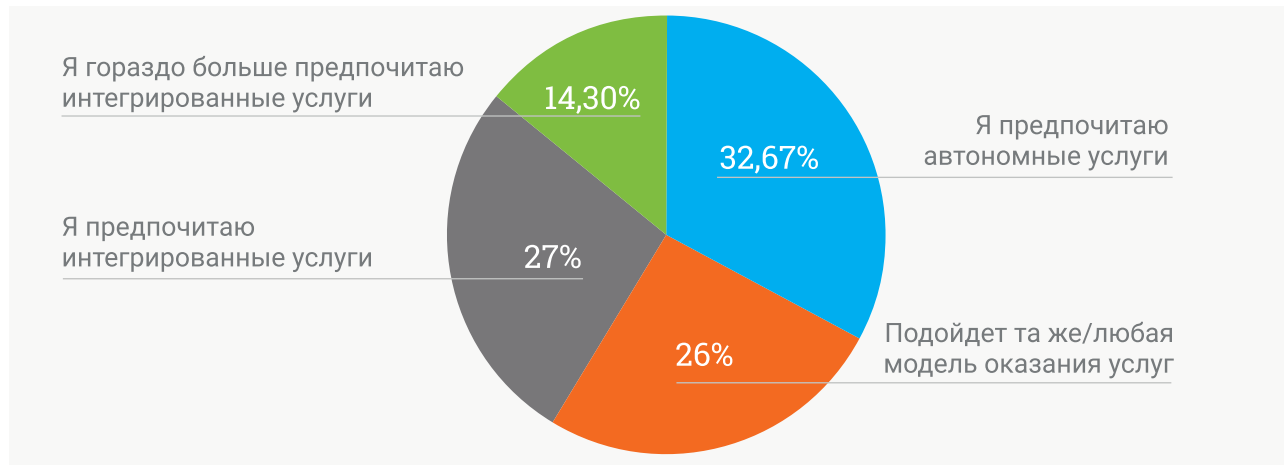
Услуги по ТБ, доступные в организациях ПМСП, включали скрининг и диагностику ТБ для детей и взрослых, в том числе Манту, анализ мокроты и флюорографию, а также лечение лиц с положительными результатами анализов.

Предпочтения клиентов в отношении интегрированных либо вертикальных услуг

Важным фактором при планировании интеграции услуг по ВИЧ/СПИДу в услуги ПМСП является понимание предпочтений клиентами относительно интегрированных услуг. Данная оценка была направлена на то, чтобы понять, предпочитают ли клиенты интегрированные или вертикальные (автономные) услуги. На просьбу оценить свои предпочтения в

отношении вертикальных или интегрированных услуг несколько более высокий процент клиентов (41,3%) сообщили, что они предпочли бы интегрированные услуги, по сравнению с 32,6%, сообщившими, что предпочли бы вертикальные (автономные) услуги. Кроме того, 26% респондентов сообщили, что предпочитают интегрированные услуги гораздо больше. Оценка респондентами интегрированных и вертикальных услуг приведена на рисунке 16.

Рисунок 16. Предпочтения клиентов в отношении вертикальных либо интегрированных услуг.



Влияние интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП

Данное исследование стремилось к тому, чтобы понять возможное влияние интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП, пользуясь уроками интеграции в ПМСП услуг по ТБ и психическому здоровью. Респондентам было предложено оценить, привела ли, по их мнению, интеграция ТБ и психического здоровья в ПМСП к снижению, отсутствию изменений или увеличению по таким аспектам, как стоимость услуг, эффективность, время, затрачиваемое на доступ к услугам, качество, стигматизация, конфиденциальность и защита личной информации для клиентов. В Таблице 15 представлены данные о влиянии интеграции ТБ и психического здоровья на ПМСП, о которых сообщалось во время выходных интервью с получателями услуг.

Таблица 15. Влияние интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП на различные аспекты услуг по сообщениям клиентов.

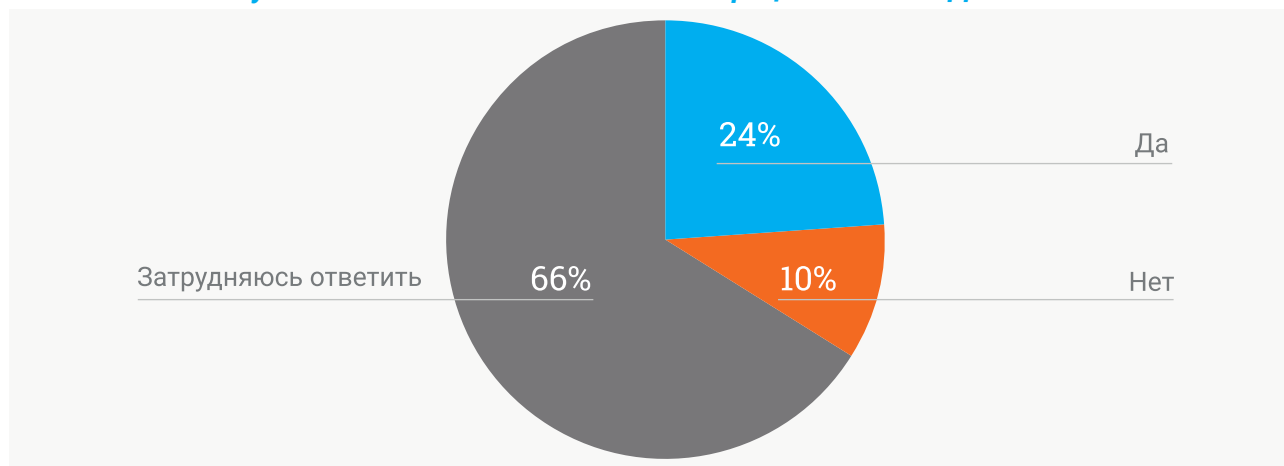
Аспект услуг	Психическое здоровье				ТБ			
	Снижение	Увеличение	Без изменений	Не знаю	Снижение	Увеличение	Без изменений	Не знаю
Стоимость услуг	3%	15%	36%	46%	2%	8%	40%	50%
Эффективность	3%	38%	35%	24%	1%	31%	38%	30%
Время, потраченное на получение услуги	13%	26%	39%	22%	13%	28%	34%	25%
Ожидаемое качество услуг	5%	20%	33%	42%	4%	16%	42%	39%
Конфиденциальность и защита личной информации	1%	20%	34%	45%	1%	17%	37%	45%
Стигма	11%	6%	23%	60%	9%	6%	25%	60%

Почти все респонденты (99%) сообщили об отсутствии проблем с интеграцией службы по охране психического здоровья и противотуберкулезной службы в ПМСП. Лишь 1 (один) респондент отметил, что испытывает проблему в связи с нехваткой врачей и медсестер на участках, что препятствует интеграции психиатрических и противотуберкулезных служб.

Мнения клиентов о преимуществах и недостатках интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП

В ходе этой оценки было получено мнение клиентов о плане МЗ Казахстана по интеграции услуг по ВИЧ/СПИДу в ПМСП. На прямой вопрос о своем отношении к этому плану большинство респондентов (66%) затруднились ответить. Из тех немногих респондентов, кто ответил на этот вопрос, большинство одобрило идею (24%). Против плана интеграции высказались 10%. Мнения клиентов об интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП представлены на Рисунке 17.

Рисунок 17. Мнения клиентов об интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП



В ответ на вопрос о том, какие преимущества даст интеграция, клиенты назвали экономию времени клиентов за счет предоставления услуг в одном месте, а также улучшение доступа и качества услуг за счет интеграции. Также были упомянуты следующие недостатки интеграции: повышенная нагрузка на врачей ПМСП, нехватка оборудования и расходных материалов, нехватка помещений для предоставления комплексных услуг и возможное нарушение конфиденциальности.

Рекомендации по успешной интеграции с точки зрения клиентов

На просьбу предоставить рекомендации для успешной интеграции, клиенты дали следующие предложения:

- Сокращение очередей и времени ожидания записи к врачам;
- Предоставление отдельного помещения для предоставления комплексных услуг;
- Информационное просвещение населения;
- Подготовка квалифицированных кадров по вопросам ВИЧ;
- Повышение заработной платы поставщикам услуг (врачам)
- Решение вопросов конфиденциальности, стигмы

3.3.2. С точки зрения тех, кто с этим живет: результаты обсуждений в фокус-группах с ЛЖВ

Обсуждения в фокус-группах (ФГ) показали, что в настоящее время ЛЖВ получают большую часть своих медицинских услуг, включая «услуги ПМСП» в центрах СПИД. Опрошенные сообщили, что они посещают клиники ПМСП (поликлиники) редко, только когда их туда направят для получения специальных услуг врачи Центров СПИД. Примеры причин, которыми ЛЖВ объясняют плохой доступ к организациям ПМСП, включают отсутствие знаний о том,

в какие именно организации ПМСП (поликлиники) им следует обратиться. Кроме того, было высказано мнение о том, что медицинские работники ПМСП не обладают достаточными знаниями и навыками для ведения пациентов с ВИЧ. Опрошенные сообщают, что медицинские работники клиник ПМСП относятся к ЛЖВ с полным пониманием и учетом их ВИЧ-статуса. Еще одной причиной плохого доступа к услугам ПМСП ЛЖВ называют отсутствие комплексного пакета услуг для ЛЖВ. Поскольку некоторые пакеты услуг, такие как диагностика, доступны только застрахованным лицам, ЛЖВ сообщают, что они сталкиваются с проблемами доступа к этим услугам, в отличие от центров СПИД, где им предоставляются все услуги.

Хотя ЛЖВ считают, что интеграция услуг в связи с ВИЧ в ПМСП осуществима и экономически эффективна, они также указывают, что должны быть выполнены некоторые предварительные условия, включая переподготовку медицинских работников в клиниках ПМСП, обеспечение отсутствия стигматизации в организациях ПМСП, а также доступность комплексного пакета услуг для ЛЖВ бесплатно. По словам ЛЖВ, если услуги по ВИЧ/СПИДу планируется интегрировать в ПМСП, необходимо обеспечить подготовку медицинских работников и отсутствие стигматизации и дискриминации в центрах ПМСП. По этому поводу один из опрошенных-ЛЖВ отметил: «Важно чтобы не было очереди, важно, чтобы дали ЛС, важно чтобы врач был грамотным, знал какое лечение назначать, хотя в практике сталкиваемся на уровне ПМСП с безграмотностью. Поэтому опасно и боязно ходить в ПМСП, так как у нас не могут даже поставить диагноз. А также важно, чтобы не было стигмы и дискриминации». Люди, живущие с ВИЧ, отмечают, что случаи стигмы в медицинском учреждении все еще существуют, но добавляют, что, возможно, более важным является преодоление самостигмы среди ЛЖВ. О стигме, связанной с медицинскими организациями, один из участников обсуждения с ЛЖВ заметил: «Когда ЛЖВ приходят с определенными жалобами, врачи ПМСП могут сказать: «А что Вы хотели, у Вас же диагноз ВИЧ, у Вас так и будет», таким образом проявляя свое отношение к данным пациентам». Участниками обсуждения с ЛЖВ отмечено, что для решения проблем самостигматизации крайне важно усилить до- и послетестовое консультирование после положительного результата теста на ВИЧ.

В связи с этим ЛЖВ отметили, что необходимо изменить общую систему для решения проблемы стигмы, связанной с ВИЧ, в том числе путем повышения осведомленности среди поставщиков медицинских услуг. Давая рекомендацию по преодолению стигмы, участники ФГ с ЛЖВ отметили:



«Чтобы у пациентов появилось желание ходить в поликлинику, надо в целом менять подходы и менеджмент. У нас дискриминация не только к пациентам с ВИЧ, а ко всем. Надо в корне менять поликлиники, начиная со входа, с технического персонала. Поликлиника должна встречать всех дружелюбно. И поликлиника должна принять политику, как за рубежом, относиться ко всем одинаково независимо от статуса».

ЛЖВ отмечают, что интеграция является осуществимым и эффективным с точки зрения затрат подходом при условии усиления потенциала и освобождения медицинских организаций от стигмы. Участники дискуссии отметили:



«По сути СПИД-центры не нужны, как отдельная структура, которая съедает бюджет. И было бы хорошо все эти услуги получать в поликлинике. За рубежом есть опыт получения АРВ-препаратов в частных клиниках, почему бы и в нашей стране так не сделать. Но у нас монополизация».

3.4. Достижения и извлеченные уроки

3.4.1 Достижения

Сокращение госпитализации больных туберкулезом, что ведет к снижению затрат и снижению передачи инфекции. Благодаря проводимой интеграции услуг по ТБ в ПМСП произошло сокращение коек для госпитализации больных ТБ. Если раньше госпитализации подлежали 100% больных ТБ, то благодаря мерам по интеграции, стационарному лечению теперь подлежат лишь эпидемиологически опасные больные. Сэкономленные таким образом средства бюджета направляются на закупку оборудования, проведение ремонтных работ, приобретение средств защиты и другие цели. Больные лекарственно-чувствительными формами туберкулеза лечатся амбулаторно. В результате отмечается сокращение количества больных с лекарственно-устойчивыми формами ТБ. Непосредственно контролируемое лечение проводится в организациях ПМСП. Больные ежедневно получают однократную дозу необходимых препаратов и выпивают её на месте, в присутствии медсестры.

Приближение службы охраны психического здоровья к населению. Приближение амбулаторно-поликлинической психиатрической, наркологической служб к населению позволило снизить стигму и повысить обращаемость. Это имеет большой потенциал для оптимизации бюджетных средств и кадровых ресурсов (врачей-психиатров и врачей-наркологов). В перспективе эти меры улучшат выявляемость психических расстройств.

Развитие навыков и компетенций поставщиков услуг ПМСП. Со временем интеграция противотуберкулезной и психиатрической помощи помогла поставщикам услуг ПМСП развить навыки диагностики и лечения ТБ и в области психического здоровья.

3.4.2 Извлеченные уроки

При интеграции специализированных служб в ПМСП эффективен поэтапный подход. Опыт интеграции противотуберкулезной службы и службы охраны психического здоровья показал, что интеграцию специализированных служб в ПМСП следует проводить системно, давая время на обучение в ходе интеграции. Поэтапный и постепенный подход поможет обеспечить документирование и распространение информации о приобретенном опыте до того, как масштабировать интеграцию.

Необходимым условием эффективной интеграции является устранение «узких мест» системы. В рамках поддержки процесса интеграции важно провести анализ, чтобы определить «узкие места» систем здравоохранения. Основываясь на этом понимании, важно затем обеспечить разработку стратегий для устранения этих «узких мест» до начала интеграции. Приоритетные меры поддержки систем здравоохранения, необходимые в рамках интеграции, включает обучение персонала, разработку соответствующих руководящих документов по политике и стратегии, а также планирование и обеспечение постоянной доступности основных товаров и расходных материалов для предоставления комплексных услуг.

Ключевым фактором является обеспечение заинтересованности сторон, включая клиентов. Чтобы обеспечить успешную интеграцию, крайне важно создать систему повышения осведомленности и вовлечения заинтересованных сторон на всех уровнях, включая лиц, ответственных за разработку политики и планирование, поставщиков услуг и клиентов.

3.5. Пробелы и вызовы

Отсутствие комплексных услуг. Несмотря на то, что большинство противотуберкулезных вмешательств интегрированы в ПМСП, в организациях ПМСП доступны не все

противотуберкулезные услуги. Имеющиеся услуги не удовлетворяют потребности всех больных ТБ с отрицательным мазком мокроты и с множественной лекарственной устойчивостью. Ускоренная молекулярная диагностика больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и тестирование на лекарственную чувствительность пока не доступны всем больным. Это может означать, что по мере интеграции услуг в стране будет по-прежнему полезно иметь несколько специализированных центров, где можно будет получить доступ к услугам по направлению.

Нехватка персонала для предоставления интегрированных услуг по ТБ и психическому здоровью. Даже в полностью интегрированной программе, такой как ТБ, кадровый потенциал как с точки зрения количества, так и квалификации по-прежнему затрудняет предоставление услуг. В клиниках ПМСП не хватает врачей, что затрудняет оказание комплексных услуг. Врачи ПМСП в силу своей загруженности и недостаточной подготовленности по вопросам ТБ и МЛУ ТБ не имеют возможности оказания надлежащей помощи больным ТБ, получающим амбулаторное лечение. Определенная нагрузка ложится на средний медицинский персонал за непосредственно контролируемое лечение (НКЛ).

Недостаточное финансирование предоставления комплексных услуг. В Комплексном плане по борьбе с туберкулезом в РК на 2014 -2020 годы отмечается, что «за последние три года коечный фонд в ПТУ страны снижен на 17,8%, однако финансовые средства, сэкономленные от сокращения коек, ввиду отсутствия механизма передачи средств на укрепление амбулаторного этапа лечения были сокращены автоматически». Проблемы амбулаторного этапа лечения связаны, прежде всего, с недостаточностью финансирования. Существующая система финансирования противотуберкулезной помощи в стране основана на выполнении стационарного койко-дня, а не всего курса лечения больного ТБ.

Недостаточный кадровый потенциал, финансирование и инфраструктура для предоставления качественных услуг в области психического здоровья. Как и в случае с интеграцией ТБ в ПМСП, большим препятствием для предоставления качественных интегрированных услуг в области психического здоровья является недостаточный потенциал медицинских работников как по количеству, так и по квалификации. В большинстве случаев один врач психиатр-нарколог отвечает за несколько организаций ПМСП. Такая высокая рабочая нагрузка влияет на качество оказываемой помощи. Имеются организации ПМСП, в которых интеграция услуг по охране психического здоровья находится на начальном этапе ввиду отсутствия помещений и финансирования для взятия в штатное расписание врача психиатра-нарколога. И хотя ВОПы прошли подготовку по диагностике и лечению тревожных и депрессивных состояний, выявляемость этих состояний в первичном звене до сих пор остается слабой. Низкая заработная плата психологов в организациях ПМСП не позволяет привлекать в первичное звено более опытных специалистов-психологов.

Стигматизация больных с психическими расстройствами. По-прежнему сохраняется определенный уровень стигматизации пациентов с психическими расстройствами, что негативно сказывается на оказании услуг.

3.6. Непреднамеренные и неожиданные выводы

В данной оценке не было много неожиданных результатов. Несмотря на то, что основное внимание в исследовании уделялось интеграции услуг по ВИЧ/СПИДу, было интересно узнать о некотором опыте интеграции услуг ПМСП в центрах СПИД. Неожиданный вывод о том, что центры СПИД успешно интегрировали услуги ПМСП, указывает на двунаправленность интеграции и позволяет извлечь уроки о возможности поощрения и укрепления интеграции услуг ПМСП в уже существующие центры СПИД.

4. ОБСУЖДЕНИЕ И ОГРАНИЧЕНИЯ ОЦЕНКИ

Интеграция службы ВИЧ/СПИД в ПМСП возможна при выполнении ряда условий. На текущем этапе здравоохранение страны нуждается в проведении большой подготовительной работы.

На основе проведенного обзора литературы и, принимая во внимание мировой опыт в этой области, а также в результате проведенного кросс-секционного оценочного исследования составлено ниже представленное дерево целей (таблица 16).

Таблица 16. Дерево целей по интеграции службы ВИЧ/СПИД в ПМСП

Цель 1. Модернизация системы ПМСП путем интеграции службы ВИЧ/СПИД в ПМСП

Цель 2.1 Создание благоприятной законодательной и регламентирующей базы

Цели 3-го уровня:

1. Ревизия и пересмотр нормативных правовых актов в сфере оказания помощи ЛЖВ;
2. Разработка и утверждение новых стандартов, клинических рекомендаций, правил и алгоритмов по оказанию интегрированной помощи ЛЖВ с разделением функционала ПМСП и специалистов СПИД центров;
3. Разработка дорожной карты по проведению мероприятий по интеграции службы ВИЧ/СПИД в ПМСП;
4. Пересмотр подходов финансирования с увеличением доли расходов на ПМСП;
5. Пересмотр ресурсного обеспечения (кадры, оснащение инфраструктуры, в частности лаборатории, обеспечение лекарственными средствами и медицинскими изделиями и т.д.);
6. Проведение интеграции информационных систем с соблюдением конфиденциальности и правильности заполнения.

Цель 2.2 Обеспечение кадровой подготовки специалистов

Цели 3-го уровня:

1. Повсеместное поэтапное обучение, подготовка и наращивание потенциала специалистов ПМСП по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции;
2. Пересмотр обучающих программ по подготовке специалистов ПМСП в организациях образования для оказания интегрированных услуг;
3. Распределение или разделение ролей и функций между профильным специалистом (инфекционистом/специалистом центра СПИД) и специалистами ПМСП, в зависимости от спектра услуг, планируемых при интеграции;
4. Создание всесторонних стимулов для специалистов ПМСП;
5. Решение вопроса по проведению эпидемиологического расследования в случае возникновения распространения инфекции, заражения медицинских работников.

Цель 2.3 Проведение информационных мер

Цели 3-го уровня:

1. Разработать мероприятия по проведению подготовительной информационной работы с населением;
2. Проведение широкомасштабной информационно-разъяснительной работы с получателями услуг, в том числе с лицами, живущими с ВИЧ-инфекцией в целях быстрой адаптации к другим условиям получения услуг и предотвращения стигм;
3. Привлечение волонтеров, специалистов ЗОЖ для проведения информационной работы.
4. Вовлечение ЛЖВ в процесс обсуждения возможных способов интеграции перед окончательным выбором модели.

Возможные модели интеграции службы ВИЧ/СПИД в ПМСП

Модель 1: Перекрестная переадресация между организациями ПМСП и СПИД центрами (наименьшая степень интеграции). То есть оставить оказание помощи ЛЖВ практически в том варианте, в котором она существует в настоящее время. Но интегрировать в оказание помощи некоторые инновационные методы для улучшения оказания помощи.

Модель 2: Частичная интеграция. Передача части функционала специалистов СПИД центров в ПМСП.

Модель 3: Полная интеграция услуг по ВИЧ/СПИД в ПМСП.

На всех этапах интеграции службы ВИЧ/СПИД в ПМСП необходима методологическая поддержка, в том числе консультативная помощь специалистов СПИД центров. Интеграция службы ВИЧ/ СПИД в ПМСП более сложная задача по сравнению с интеграцией службы по охране психического здоровья или ТБ - здесь больше рисков и нюансов. Поэтому интеграция службы ВИЧ/ СПИД в ПМСП требует основательной подготовки, необходимо предусмотреть все риски, такие, как: нарушение конфиденциальности, недостаточное оснащение лабораторий, специфика оказания помощи ЛЖВ, повышение риска заражения специалистов, недостаточная подготовка специалистов ПМСП в вопросе оказания помощи ЛЖВ, особенности ментальности населения и т.д.

Опыт внедрения других служб в ПМСП показал, что сам процесс интеграции – это трудный путь. Кроме финансовых затрат, имеет значение высокое психоэмоциональное напряжение, как для специалистов ПМСП, так и для других профильных специалистов. К тому же, отмечалась высокая стигматизация, в особенности в отношении больных туберкулезом, для решения данной проблемы пришлось разделить потоки. В отношении ЛЖВ прогнозируется более высокая стигматизация со стороны населения.

На первом этапе интегрировать службу ВИЧ/СПИД в ПМСП необходимо в рамках пилотного проекта в выбранных 1-2 регионах.

Также для сопровождения интеграции необходимо создание методологического центра по поддержке ПМСП в вопросах оказания помощи ЛЖВ со стороны специалистов СПИД центров.

И главное, для эффективного процесса интеграции службы СПИД в ПМСП необходимо принять во внимание какую модель интеграции предпочитают сами клиенты».

Ограничения исследования:

- Несмотря на то, что в текущей оценке использовались уроки интеграции ТБ и психического здоровья, признается, что у интеграции ВИЧ/СПИДа есть своя специфика. К примеру, стигма и дискриминация в связи с ВИЧ могут быть выше, чем для ТБ и психического здоровья. Кроме того, учитывая распространенность ВИЧ, число поставщиков услуг ПМСП, обученных лечению ВИЧ и СПИДа, может быть значительно меньше.
- В ходе исследования не удалось опросить клиентов, страдающих психическими расстройствами и туберкулезом, чтобы узнать их опыт.
- Объем текущей оценки не позволил собрать информацию об опыте интеграции в ПМСП мер реагирования на ВИЧ в странах, аналогичных Казахстану. Это рекомендуется для дальнейших исследований.

5. ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

5.1. Выводы

Данная оценка показала, что услуги по ТБ и психическому здоровью в Казахстане были интегрированы в ПМСП успешно. Не обошлось без проблем, и для усиления интеграции этих двух направлений еще многое предстоит сделать. Используя опыт интеграции ТБ и психического здоровья, настоящая оценка показывает, что меры по борьбе с ВИЧ/СПИДом в ПМСП интегрировать возможно. Однако учитывая высокий уровень стигмы и дискриминации, связанный с ВИЧ и, возможно, требующий более продвинутых навыков, интеграция данного направления в ПМСП может потребовать более тщательной подготовки. Лица, ответственные за разработку политики, специалисты по планированию и поставщики услуг считают, что интеграция услуг по ВИЧ/СПИДу в ПМСП может привести к увеличению нагрузки на медицинских работников и снижению качества помощи. Люди, живущие с ВИЧ, опасаются, что интеграция может привести к снижению конфиденциальности и, следовательно, к усилению стигмы и дискриминации. К положительным сторонам относится то, интеграция услуг по ВИЧ/СПИДу в ПМСП может повысить эффективность предоставления услуг. В системах здравоохранения существует большое количество препятствий интеграции, которые необходимо устранить до ее начала. С учетом опыта интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП и на основании рекомендаций лиц, ответственных за разработку политики, в этой оценке делается вывод о том, что Казахстану следует перейти к интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Однако этому должна предшествовать достаточная подготовка, и интеграция должна проводиться постепенно как в географическом масштабе, так и в программах/мероприятиях по ВИЧ/СПИДу, которые необходимо интегрировать.

5.2. Рекомендации

Для обеспечения надежной и устойчивой интеграции вопросов ВИЧ/СПИДа в ПМСП, на основе результатов этой оценки, исследование дает следующие рекомендации Министерству здравоохранения и другим заинтересованным сторонам, участвующим в работе ПМСП и мерах реагирования на ВИЧ/СПИД в Казахстане. Группа оценки рекомендует провести консультации с заинтересованными сторонами для определения приоритетности этих «узких мест» и установления четких сроков реализации мер, направленных на их устранение.

- a. Внедрение услуг ВИЧ/СПИД в ПМСП проводить поэтапно. Для качественного обучения специалистов и укрепления системы здравоохранения в данной оценке рекомендуется поэтапный подход к интеграции. Отправной точкой может стать интеграция мероприятий по профилактике ВИЧ, таких как тестирование на ВИЧ и повышение осведомленности, с последующим переходом к лечению и уходу в связи с ВИЧ. Необходимо разработать детальный План или Дорожную карту с указанием необходимых мероприятий для проведения поэтапной интеграции исходя из выбранной модели интеграции и отразить требуемые финансовые ресурсы/затраты.
- b. Размещение центров СПИД в ПМСП. Исследование рекомендует, чтобы в рамках поэтапной интеграции услуги ВИЧ оказывали не специалисты ПМСП, а специалисты центров СПИД, путем их перемещения для работы в организации ПМСП. Специалисты центров СПИД будут укреплять потенциал поставщиков услуг ПМСП.
- c. Необходимо извлечь уроки из поэтапной интеграции и использовать их в процессе масштабирования. Стране необходимо внедрить системы для документирования опыта интеграции и, в частности, поэтапного внедрения, и далее расширять масштабы интеграции и ее интенсивность.

- d.** Пересмотреть и обновить существующую национальную политику и стратегии, чтобы они в достаточной мере поддерживали интеграцию ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Опыт интеграции службы по охране психического здоровья и противотуберкулезной службы в ПМСП свидетельствует о том, что решающее значение для эффективной интеграции имеет политическая поддержка. В данной оценке рекомендуется, чтобы страна пересмотрела и обновила национальные политики и стратегии в сфере здравоохранения и ПМСП для обеспечения поддержки интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП.
- e.** Разработать необходимые руководства, инструменты, нормативно-правовые акты, необходимые для поддержки интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Помимо широкой политической поддержки, оценка выявила потребность в разработке руководств, инструментов и протоколов по интеграции ВИЧ/СПИД в ПМСП с целью поддержки специалистов ПМСП и ВИЧ, непосредственно участвующих в процессе интеграции
- f.** Обеспечить поддержку интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП со стороны широкого круга партнеров, включая ответственных за разработку политики, исполнителей, сообщества и людей, живущих с ВИЧ/СПИД. Для того, чтобы интеграция была успешной, крайне важно заручиться поддержкой широкого круга партнеров, прежде всего людей, живущих с ВИЧ/СПИД. В ходе оценки у лиц, определяющих политику, и людей, живущих с ВИЧ/СПИД, были выявлены определенные сомнения в отношении готовности страны к интеграции вопросов ВИЧ/СПИДа в ПМСП и ее осуществимости. В исследовании рекомендуется структурированный процесс для вовлечения различных участников в процесс интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП.
- g.** Нарастить потенциал поставщиков услуг ПМСП в предоставлении комплексных услуг ВИЧ/СПИД. Респонденты отметили, что необходимым условием качественной интеграции является формирование у поставщиков услуг ПМСП навыков оказания интегрированных медицинских услуг. Исследование рекомендует использовать надлежащие учебные материалы и усилить программы подготовки и повышения квалификации специалистов ПМСП по теме ВИЧ.
- h.** Пересмотреть пакет услуг, предлагаемых в организациях ПМСП, чтобы убедиться, что ЛЖВ смогут получить комплексные услуги. Рекомендуется пересмотреть существующий пакет услуг ПМСП, включив в него комплексный пакет интегрированных услуг ВИЧ/СПИД.
- i.** Системный подход в обеспечении качества интегрированных услуг ВИЧ/СПИД и ПМСП. По мнению респондентов, риск снижения качества услуг ВИЧ/СПИДом после их интеграции в ПМСП достаточно высок. Для эффективной интеграции ВИЧ/СПИД в ПМСП, уполномоченному органу в области здравоохранения (МЗ) рекомендуется внедрить систему надзора и обеспечения качества комплексных услуг, предоставляемых организациями ПМСП. Это может включать регулярный мониторинг и поддерживающую супервизию, а также организацию групп по мониторингу/повышению качества услуг в организациях ПМСП, где проводится интеграция услуг ВИЧ/СПИД. Также необходимо разработать и распространить стандарты качества при предоставлении комплексных услуг.
- j.** Реализовать меры по профилактике стигмы и дискриминации клиентов, обращающихся за интегрированными услугами ВИЧ/СПИД и ПМСП. Интервью с людьми, живущими с ВИЧ, выявили опасения, что интеграция повысит уровень стигмы и дискриминации. Для решения этой проблемы в данной оценке рекомендуется реализация мер профилактики стигмы и дискриминации в организациях ПМСП, где будут интегрированы услуги ВИЧ/СПИД. Это включает повышение осведомленности медицинских работников о ВИЧ, а также разработку правовой базы для защиты людей, живущих с ВИЧ, от стигмы и дискриминации. Важным вмешательством является работа с людьми, живущими с ВИЧ, по снижению самостигмы.

- k. Финансирование интегрированных услуг ВИЧ/СПИД и ПМСП. Опыт интеграции ТБ и психического здоровья в ПМСП показывают, что ключом к успешной интеграции является обеспечение достаточного финансирования. Для поддержки процесса интеграции необходимо предусмотреть дополнительное финансирование на восстановление инфраструктуры ПМСП, усиление надзора, заполнение пробелов в кадрах и т.д. Данное исследование дополнительно рекомендует провести исследование с целью обоснования инвестиций и планирования бюджета интервенции.
- l. Товары, расходные материалы и технологии, включая лабораторные услуги. Ключом к интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП является обеспечение достаточности поставок, включая наборы для тестирования, АРВ-препараты и другие материалы. Для качественной интеграции, данная оценка рекомендует МЗ повысить потенциал организаций ПМСП по прогнозированию и количественной оценке, с целью обеспечения непрерывного доступа к товарам и материалам для лечения ВИЧ/СПИДа. Необходимо также повысить потенциал ПМСП по закупке и распределению товаров и материалов для ВИЧ/СПИДа.
- m. Обеспечить инфраструктурную поддержку интеграции. Данная оценка показала, что для предоставления интегрированных услуг будет необходимо поддерживать надлежащую инфраструктуру. Респонденты указали на необходимость предоставления достаточного места для консультирования и тестирования на ВИЧ с целью обеспечения конфиденциальности клиентов и профилактики стигмы и дискриминации.
- n. Реализовать системный подход с целью обеспечения надлежащего мониторинга и оценки интегрированных услуг ВИЧ/СПИД и ПМСП. «Делать нужно то, что можно измерить». Рекомендуется пересмотреть существующие инструменты мониторинга и оценки ПМСП, чтобы они могли обеспечить оценку интегрированных услуг. Это потребует от МЗ регулярной отчетности по показателям интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП. Данный процесс должен включать интеграцию информационных систем по сбору данных в целях исключения расхождений статистических данных и обеспечения доступа к единым данным.
- o. Маловероятно, что перегруженная система здравоохранения сможет справиться с возросшим числом пациентов, получающих антиретровирусную терапию в долгосрочной перспективе, сохраняя при этом качество услуг, без пересмотра рабочей нагрузки поставщиков услуг. Для реализации этой задачи может потребоваться дополнительный персонал. Стратегии передачи/делегирувания задач от врачей к медсестрам также могут быть полезны в организациях ПМСП, сталкивающихся с нехваткой персонала.
- p. Вовлекать ЛЖВ и ВИЧ-сообщества на всех этапах планирования внедрения интеграции ВИЧ в ПМСП.
- q. Рекомендуется миссия в страны с схожей спецификой здравоохранения с целью анализа/изучения интеграции мер реагирования на ВИЧ в ПМСП.

6. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 6.1. Форма информированного согласия

Согласие на участие в оценке

Я прочитал вышеуказанную информацию, или она была мне зачитана. У меня была возможность задать вопросы об этой информации, и я получил ответы на заданные вопросы. Я добровольно даю согласие на участие в этой оценке.

ФИО участника: _____

Подпись: _____

Дата: _____

ФИО интервьюера: _____

Подпись: _____

Дата: _____

Приложение 6.2. Руководство для интервью с ключевыми информаторами для лиц, ответственных за разработку политики, планирование и разработку программ на национальном уровне

Предварительные данные

ФИО респондента: _____

Отдел/подразделение/организация респондента: _____

Должность респондента: _____

Дата проведения интервью: _____

ФИО интервьюера: _____

Подпись интервьюера: _____

Ключевые тематические блоки	Ответы
Уровень политики: Политические позиции, национальные политики, финансирование/бюджетная поддержка	руководящие принципы/
1. Мне хотелось бы получить представление о работе различных департаментов в структуре Министерства здравоохранения и их взаимодействии:	
Какой департамент отвечает за ПМСП?	
Какой департамент отвечает за психическое здоровье?	
Как связана работа этих двух департаментов? Как вы считаете, способствует ли взаимодействие департаментов ПМСП и психического здоровья интеграции психического здоровья в ПМСП, или препятствует этой интеграции? Объясните, пожалуйста, ваш ответ.	
Какой департамент отвечает за услуги по ТБ?	
Как связаны департаменты по ТБ и ПМСП? Как вы считаете, способствует ли взаимодействие департаментов ПМСП и ТБ интеграции ТБ в ПМСП, или препятствует этой интеграции? Объясните, пожалуйста, ваш ответ.	
Какой департамент отвечает за реагирование на ВИЧ/СПИД?	
Как связаны департаменты по ВИЧ/СПИД и ПМСП? Как вы считаете, способствует ли взаимодействие этих двух департаментов интеграции услуг по ВИЧ/СПИД в ПМСП, или препятствует этой интеграции?	
2. Исходя из вашего опыта интеграции психиатрической и противотуберкулезной служб в ПМСП, каковы ваши рекомендации по переориентации/структурным изменениям, которые необходимо провести в организации МЗ РК, чтобы обеспечить успешную интеграцию в ПМСП мер реагирования на ВИЧ/СПИД?	
3. Мне хотелось бы узнать больше о программе ПМСП в Казахстане.	

Ключевые тематические блоки	Ответы
Существует ли политический/стратегический документ, регулирующий ПМСП в стране? Как называется этот документ?	
Согласно этому стратегическому документу, какие уровни предоставления услуг входят в ПМСП?	
Какой пакет услуг предлагается в рамках ПМСП?	
Предусматривают ли документы по политике ПМСП интегрированное оказание услуг? Если да, то предусматривают ли они интеграцию услуг по психическому здоровью и ТБ? А услуг по ВИЧ/СПИДу?	
Должно ли Министерство проводить какие-либо проверки и корректировки, чтобы поддержать интеграцию психиатрических и противотуберкулезных служб в ПМСП? Пожалуйста, предоставьте подробную информацию об уже проведенных проверках/корректировках.	
В рамках поддержки интеграции психического здоровья и ТБ в ПМСП, разработала ли страна какую-либо политику/стратегию или СОП для руководства интеграцией? Если да, просьба подробно рассказать о том, как это было сделано, и об уроках, извлеченных из этого процесса. Исходя из этого, считаете ли вы, что потребуется разработать аналогичный документ для поддержки интеграции вопросов ВИЧ/СПИДа в ПМСП? Пожалуйста, предоставьте подробную информацию.	
Основываясь на вашем опыте интеграции психического здоровья и ТБ на уровне политики, каковы ваши рекомендации по пересмотру политики/изменениям, которые необходимо внести для поддержки интеграции в ПМСП мер реагирования на ВИЧ/СПИД?	
4. Мне хотелось бы понять, способствует или препятствует интеграции финансирование ПМСП и других программ.	
Каковы основные источники финансирования программы ПМСП в Казахстане? Используются ли финансовые средства ПМСП для поддержки внедрения интегрированных психиатрических и противотуберкулезных служб?	
Каковы основные источники финансирования охраны психического здоровья? Можно ли использовать финансирование на охрану психического здоровья для предоставления услуг ПМСП?	
Каковы основные источники финансирования услуг по ТБ? Можно ли использовать финансирование для ТБ для поддержки оказания услуг ПМСП?	
По вашему мнению, содействуют или мешают интегрированному финансированию донорские организации, в том числе государственные? Пожалуйста, поясните. Как можно усилить донорскую поддержку интегрированного финансирования?	

Ключевые тематические блоки	Ответы
Какие изменения в области ПМСП, служб охраны психического здоровья и ТБ были внесены в стране в рамках поддержки финансирования интегрированных служб охраны психического здоровья и ТБ?	
Каковы источники финансирования мер реагирования на ВИЧ/СПИД?	
По вашему мнению, в чем могут быть сложности финансирования интеграции услуг по ВИЧ/СПИДу в ПМСП?	
Основываясь на финансировании интегрированных в ПМСП служб психического здоровья и ТБ, что вы порекомендуете для усиления финансирования интеграции служб ВИЧ/СПИДа в ПМСП?	
Уровень систем: Планирование, кадровые ресурсы здравоохранения (КРЗ), лаборатории, мониторинг и оценка	
5. Мне хотелось бы изучить планирование в области ПМСП, психического здоровья, ТБ и ВИЧ/СПИДа в стране и то, как оно способствует или препятствует комплексному программированию.	
Пожалуйста, расскажите о планировании ПМСП в стране с точки зрения периодичности, уровней и вовлеченных заинтересованных сторон.	
Расскажите о планировании в отношении ТБ и психического здоровья (периодичность, уровни и вовлеченные заинтересованные стороны).	
Проводится ли совместное планирование по ПМСП, психическому здоровью и ТБ? Если да, то расскажите об этом подробно. Если нет, объясните, как в стране обеспечивается комплексное планирование для ПМСП, психического здоровья и ТБ.	
Основываясь на вашем опыте интеграции психического здоровья и ТБ, что бы вы порекомендовали для усиления совместного планирования в области ПМСП и мер реагирования на ВИЧ/СПИД?	
6. Мне хотелось бы узнать о сетях ЛЖВ в Казахстане. Насколько сильно они вовлечены в реагирование на ВИЧ/СПИД, и как их участие может способствовать интеграции?	
Существуют ли в стране сети людей, живущих с ВИЧ? Организованы ли они в виде какого-либо национального форума/ассоциации? Если да, то как называется этот форум?	
Участвуют ли эти сети в реагировании на ВИЧ/СПИД в стране? Если да, то каким образом?	
Каковы ваши предложения по совершенствованию вовлечения ЛЖВ в интеграцию мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП?	
7. Хотелось бы узнать больше о кадровых ресурсах в ПМСП для поддержки комплексного оказания услуг:	

Ключевые тематические блоки	Ответы
Как бы вы в целом прокомментировали ситуацию с КРЗ в стране (численность, навыки, мотивация и распределение)? Как вы думаете, готовы ли КРЗ в своем нынешнем состоянии к комплексному предоставлению услуг?	
С какими проблемами в области КРЗ столкнулись при интеграции психического здоровья и ТБ в ПМСП?	
Как решались эти проблемы? Какие изменения в области КРЗ были внесены для усиления интеграции вопросов психического здоровья и ТБ в ПМСП?	
Основываясь на опыте интеграции психического здоровья и ТБ в ПМСП, каковы ваши рекомендации по укреплению КРЗ для поддержки интеграции ВИЧ/СПИДа в ПМСП?	
8. Мне хотелось бы изучить вопрос надежности снабжения товарами медицинского назначения и управление ими в стране, а также понять, как это способствует или препятствует предоставлению комплексных медицинских услуг.	
Пожалуйста, опишите систему закупки и распределения товаров и материалов ПМСП в стране.	
А как устроена закупка и распределение товаров для психического здоровья и ТБ?	
Существует ли интегрированная система закупки и распределения товаров в области ПМСП, психического здоровья и ТБ? Если да, предоставьте подробную информацию об этой интеграции. Если нет, предоставьте подробную информацию о проблемах, связанных с интегрированными системами закупок и распределения.	
С какими проблемами, связанными с товарами медицинского назначения и расходными материалами, вы столкнулись при поддержке интеграции психиатрической и противотуберкулезной служб? Как вы решали эти проблемы?	
А при закупке и распределении товаров и расходных материалов для ПМСП и ВИЧ/СПИД? Они интегрированы или нет?	
Основываясь на опыте интеграции психического здоровья и ТБ, каковы ваши рекомендации по товарам и материалам, чтобы обеспечить эффективную интеграцию мер реагирования на ВИЧ/СПИД в услуги ПМСП?	
9. Хотелось бы изучить казахстанскую систему управления лабораториями и то, как она поддерживает предоставление интегрированных услуг по ТБ и ВИЧ.	
Пожалуйста, опишите систему управления лабораториями в Казахстане. Как организованы лаборатории в стране?	
Входит ли в функции лабораторной системы ПМСП тестирование и скрининг на ТБ? Если да, предоставьте подробную информацию.	

Ключевые тематические блоки	Ответы
<p>Были ли у вас какие-либо проблемы, связанные с лабораториями, при интеграции ТБ в ПМСП? Если да, то какие это были проблемы и как вы их решали?</p>	
<p>Проводили ли вы какие-либо реформы управления лабораториями при интеграции ТБ в ПМСП? Если да, то какие реформы?</p>	
<p>Основываясь на опыте интеграции ТБ в ПМСП, каковы ваши рекомендации относительно того, как необходимо усилить системы управления лабораториями, чтобы обеспечить эффективную интеграцию ВИЧ/СПИДа в ПМСП?</p>	
<p>10. Хотелось бы узнать ваше мнение о национальных системах сбора данных, отчетности, мониторинга и оценки и о том, как они облегчают или препятствуют комплексному предоставлению услуг:</p>	
<p>Пожалуйста, опишите национальные системы мониторинга, отчетности и оценки ПМСП (наводящие вопросы о DHIS 2, реестрах и других инструментах сбора данных и отчетности)</p>	
<p>Включает ли система отчетность, мониторинг и оценку по психическому здоровью и ТБ? Если да, предоставьте подробную информацию.</p>	
<p>С какими проблемами вы столкнулись в области комплексной отчетности по ПМСП, психическому здоровью и туберкулезу? Как вы решали эти проблемы?</p>	
<p>Какие изменения вы внесли в национальные системы мониторинга, отчетности и оценки ПМСП для поддержки эффективного сбора данных, отчетности и мониторинга по интегрированным службам психического здоровья и ТБ?</p>	
<p>Основываясь на вашем опыте интеграции психического здоровья и ТБ в ПМСП, каковы ваши рекомендации по совершенствованию интегрированного сбора данных, отчетности, мониторинга и оценки данных о ВИЧ/СПИДе и ПМСП?</p>	
<p>11. И в заключение: есть ли какие-либо другие вопросы в области политики и систем для поддержки интеграции мер реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП, которыми вы, возможно, захотите поделиться со мной?</p>	

Приложение 6.3. Руководство по проведению интервью с лицами, предоставляющими услуги на уровне организаций здравоохранения

Респонденты: *Заведующий (руководитель) медицинской организации; поставщики медицинских услуг в организациях ПМСП*

Дата проведения интервью: _____

Район: _____

Название организации: _____

Уровень организации: _____

Номер интервьюируемого: _____

Должность интервьюируемого: _____

ФИО интервьюера: _____

Подпись интервьюера: _____

Вопрос	Ответы			
	Да	Нет		
1. Какие услуги ПМСП предлагаются в этом медицинском учреждении? (Прочитайте все и отметьте «Да» или «Нет» в соответствующих ячейках)				
1а. Планирование семьи				
1б. Услуги дородовой помощи				
1с. Родовспоможение/охрана материнства				
1д. Услуги послеродового ухода				
1е. Услуги иммунизации				
1ф. Лечение детских болезней				
1г. Медицинские услуги для подростков				
1h. Лечение ИППП				
1i. Лечение неинфекционных заболеваний (НИЗ)				
1j. Диагностика и лечение ТБ				
1к. Общие амбулаторные услуги				
1l. Прочие (указать какие)				
2. Предоставляются ли в этом учреждении услуги по охране психического здоровья?				
3. Если да, перечислите услуги по охране психического здоровья, которые предоставляются в этом учреждении (перечислите услуги, которые назвал респондент)				
4. Если в этом учреждении интегрированы услуги охраны психического здоровья, укажите, каким образом они интегрированы в услуги ПМСП? (Отметьте «Да» или «Нет» в соответствующих ячейках. В случае, если разные услуги в области психического здоровья оказываются по разным моделям, возможно сразу несколько ответов).				
4а. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг/помещении и предоставляются одним и тем же лицом				
4б. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг/помещении, но предоставляются другим лицом				

Вопрос	Ответы			
	Да	Нет		
4с. Направление в другой кабинет, но в той же организации				
4d. Направление в другую организацию				
5. Если в этом учреждении услуги по охране психического здоровья интегрированы в услуги ПМСП, укажите, интегрированы ли услуги по охране психического здоровья в каждую из конкретных услуг ПМСП, оказываемых в учреждении (отметьте «Да» или «Нет» в соответствующих ячейках; допускается несколько ответов).				
5а. Планирование семьи				
5b. Услуги дородовой помощи				
5с. Родовспоможение/охрана материнства				
5d. Услуги послеродового ухода				
5е. Услуги иммунизации				
5f. Лечение детских болезней				
5g. Медицинские услуги для подростков				
5h. Лечение ИППП				
5k. Лечение НИЗ				
5l. Диагностика и лечение ТБ				
5m. Общие амбулаторные услуги				
5n. Прочие (указать какие)				
6. Ориентировано ли каким-либо образом предоставление услуг ПМСП в этом учреждении на предоставление услуг по охране психического здоровья?				
7. Если да, предоставьте подробную информацию о том, как предоставление услуг ПМСП в этом учреждении было переориентировано с учетом предоставления услуг по охране психического здоровья?				
8. Основываясь на вашем опыте интеграции услуг по психическому здоровью, каковы ваши рекомендации относительно того, как необходимо переориентировать предоставление услуг ПМСП в этом учреждении, чтобы обеспечить интеграцию услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИД?				
8. Предоставляются ли в этом учреждении услуги по ТБ?				
9. Если да, пожалуйста, перечислите конкретные противотуберкулезные услуги, интегрированные в ПМСП в этом учреждении.				
10. Если в этом учреждении услуги по ТБ интегрированы в ПМСП, как именно они были интегрированы в услуги ПМСП?				
10а. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг и предоставляются одним и тем же лицом				
10b. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг, но предоставляются другим лицом				
10с. Направление в другой кабинет, но в той же организации				
10d. Направление в другую организацию				

Вопрос	Ответы			
	Да	Нет		
11. Если в этом учреждении услуги по ТБ интегрированы в услуги ПМСП, укажите, интегрированы ли услуги по ТБ в каждую из конкретных услуг ПМСП, оказываемых в этом учреждении (отметьте «Да» или «Нет» в соответствующих ячейках; допускается несколько ответов).				
11а. Планирование семьи				
11б. Услуги дородовой помощи				
11с. Родовспоможение/охрана материнства				
11д. Услуги послеродового ухода				
11е. Услуги иммунизации				
11ф. Лечение детских болезней				
11г. Медицинские услуги для подростков				
11h. Лечение ИППП				
11i. Лечение НИЗ				
11j. Диагностика и лечение ТБ				
11к. Общие амбулаторные услуги				
11l. Прочие (указать какие)				
12. Были ли услуги ПМСП в этом учреждении каким-либо образом переориентированы с учетом оказания услуг по ТБ?				
13. Если да, укажите, каким образом услуги ПМСП были переориентированы с учетом оказания противотуберкулезных услуг в этом учреждении.				
14. Основываясь на вашем опыте интеграции ТБ в ПМСП, каковы ваши рекомендации о том, как в этом учреждении необходимо будет переориентировать услуги ПМСП для поддержки предоставления услуг по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИД?				
14. Имеются ли случаи, когда клиентов направляют для получения противотуберкулезной и/или психиатрической помощи за пределы этой организации?				
15. Если да, проводится ли какое-либо последующее наблюдение, чтобы гарантировать, что клиенты обращаются и получают те услуги, на которые получили направление?				
Да				
Нет				
Не знаю				
16. Если да, то объясните, пожалуйста, как осуществляется такое последующее наблюдение?				
17. Если да, то используется ли какая-либо форма направления?				
Да				
Нет				
Не знаю				

Вопрос	Ответы			
	Да	Нет		
18. Основываясь на своем опыте интеграции психического здоровья и ТБ в ПМСП, оцените, насколько серьезным ограничением для интеграции мер по борьбе с ВИЧ/СПИДом в ПМСП в этой организации является каждый из перечисленных факторов. На ваш взгляд фактор не является ограничением, является небольшим, средним по величине или большим ограничением?	Не является ограничением	Небольшое	Среднее	Большое
18a. Недостаточно оборудования для предоставления комплексных услуг				
18b. Недостаточно места для предоставления комплексных услуг				
18c. Нехватка/отсутствие лекарств и других материалов для оказания комплексных услуг				
18d. Нехватка соответствующего персонала для предоставления комплексных услуг				
18e. Недостаточная подготовка персонала для предоставления комплексных услуг				
18f. Низкая мотивация персонала				
18g. Слабый надзор				
18h. Отсутствие инструментов для сбора данных				
18i. Отсутствие соответствующих руководств/СОП				
18j. Другие ограничения (укажите какие)				
19. Как повлияла интеграция психиатрической и противотуберкулезной служб в ПМСП на нижеперечисленные аспекты услуг? Ознакомьтесь с каждым из нижеприведенных аспектов. Произошло ли снижение, увеличение, либо изменений не произошло?	Снижение	Без изменений	Увеличение	Не знаю
19a. Стоимость услуг (для организации)				
19b. Стоимость услуг (для клиента)				
19c. Эффективность услуг				
19d. Стигматизация клиентов в сфере психического здоровья				
19e. Нагрузка на поставщиков услуг				
19f. Время, потраченное на одного клиента				
19g. Площадь помещения и обеспечение конфиденциальности				
19h. Отсутствие инструментов для сбора данных				
19i. Отсутствие соответствующих руководств/СОП				
19j. Другие ограничения (укажите какие)				

Вопрос	Ответы			
	Да	Нет		
20. Основываясь на вашем опыте интеграции психического здоровья и ТБ в ПМСП, как вы думаете, как интеграция услуг в связи по ВИЧ в ПМСП повлияет на следующие аспекты услуг. Произойдет ли снижение, увеличение по каждому из нижеприведенных аспектов, или изменений не произойдет?	Снижение	Без изменений	Увеличение	Не знаю
20a. Стоимость услуг (для организации)				
20b. Стоимость услуг (для клиента)				
20c. Эффективность услуг				
20d. Стигматизация клиентов с ВИЧ				
20e. Нагрузка на поставщиков услуг				
20f. Время, потраченное на одного клиента				
20g. Площадь помещения и обеспечение конфиденциальности				
20h. Отсутствие инструментов для сбора данных				
20i. Отсутствие соответствующих руководств/СОП				
20j. Другие ограничения (укажите какие)				
21. Каковы в целом ваши рекомендации по усилению интеграции ВИЧ в ПМСП в этой организации?				

Приложение 6.4. Руководство по обсуждению в фокус-группах

Целевые респонденты: Люди, живущие с ВИЧ и СПИД

Тематическая область	Основные/наводящие вопросы
<p>Доступ ЛЖВ к услугам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ, включая места получения услуг и трудности, с которыми они сталкиваются при доступе.</p>	<p>a. Расскажите о ваших потребностях в профилактике, лечении, уходе и поддержке в связи с ВИЧ. (Наводящие вопросы: за какими услугами в связи с ВИЧ/СПИДом вы обычно обращаетесь?)</p> <p>b. Какова ситуация с доступом к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ и СПИД в вашем районе/регионе? (Наводящие вопросы: есть ли проблемы с доступом к услугам или вы довольны нынешней ситуацией?)</p> <p>c. Где вы можете получить доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИД в этом районе? (С помощью наводящих вопросов постарайтесь узнать, предоставляются ли услуги в центрах СПИДа, и как далеко они находятся. Как респондент туда добирается?)</p> <p>d. Есть ли услуги, доступ к которым сложнее? Пожалуйста, перечислите эти услуги.</p> <p>e. С какими трудностями вы сталкиваетесь при доступе к этим услугам? (Наводящие вопросы: транспорт, иногда отсутствие услуг, качество, стигматизация и дискриминация и др.)</p> <p>f. Каковы ваши рекомендации по решению этих проблем с доступом? (При помощи наводящих вопросов узнайте, упоминается ли интеграция/децентрализация услуг в качестве одной из рекомендаций).</p>
<p>Стигма и дискриминация, связанные с ВИЧ и СПИДом</p>	<p>a. Хотелось бы обсудить вопросы стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в вашем районе или там, где вы получаете соответствующие услуги. Насколько распространены стигма и дискриминация? Сталкивались ли вы когда-либо с ними? Если да, расскажите об этом.</p> <p>b. Возможно, вы слышали о ком-то, живущем с ВИЧ и СПИДом, и сталкивающимся со стигматизацией и дискриминацией в связи с ВИЧ в вашем районе или там, где вы получаете услуги по ВИЧ/СПИДу? Пожалуйста, опишите ситуацию.</p> <p>c. С какими формами стигмы и дискриминации сталкиваются ЛЖВ в этом сообществе? (Наводящие вопросы: стигматизация в медицинском учреждении, дискриминация при оказании услуг, самостигматизация и т. д.)</p> <p>d. Как стигма и дискриминация влияют на ваш доступ к услугам?</p> <p>e. Каковы ваши рекомендации относительно того, как можно бороться со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ? (При помощи наводящих вопросов узнайте, упоминается ли децентрализация и интеграция в ПМСП в качестве решения проблемы стигмы и дискриминации).</p>

Тематическая область	Основные/наводящие вопросы
<p>Предпочтения в отношении автономных либо интегрированных (в ПМСП) услуг по профилактике и уходу в связи с ВИЧ</p>	<p>a. Расскажите о клиниках, в которых вы получаете услуги по ВИЧ и СПИД. Оказывают ли в этих клиниках только услуги по ВИЧ и СПИД, либо они оказывают и другие услуги? (Наводящие вопросы: если предоставляются и другие услуги, расскажите, какие).</p> <p>b. Если никакие другие услуги не предоставляются, скажите, пожалуйста, что вы делаете, когда хотите получить другие услуги, кроме услуг по ВИЧ/СПИДу? (Наводящие вопросы: например, если вы хотите получить услуги по ТБ, планированию семьи, иммунизации детей и т. д.)</p> <p>c. Вы предпочитаете получать услуги в связи с ВИЧ в автономных («вертикальных») или в интегрированных клиниках? (Примечание: предоставьте респондентам подробную информацию о том, что такое вертикальные (автономные) и интегрированные клиники.)</p> <p>d. Скажите, почему вы предпочитаете доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ и СПИД в автономной/вертикальной клинике?</p> <p>e. Скажите, почему вы предпочитаете доступ к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ и СПИД в интегрированной клинике?</p>
<p>Ожидаемые преимущества и недостатки интеграции ВИЧ в услуги ПМСП</p>	<p>a. Как вы думаете, есть ли какие-то преимущества в интеграции и децентрализации услуг по ВИЧ и СПИД в клиниках ПМСП? Как вы думаете, в чем эти преимущества? (Наводящие вопросы: Расширение доступа, устранение стигмы и дискриминации, облегчение получения других услуг, снижение затрат, сокращение времени, затрачиваемого на доступ к услугам и т. д.)</p> <p>b. А есть ли, по вашему мнению, какие-либо недостатки в том, чтобы услуги по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом были интегрированы/децентрализованы в клиниках ПМСП? Если да, то каковы, например, эти недостатки? (Узнайте мнение респондента о том, увеличивается ли от этого стигматизация и дискриминация).</p>
<p>Рекомендации по интеграции ВИЧ в службы ПМСП</p>	<p>a. Каковы ваши рекомендации по усилению интеграции/децентрализации профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ в ПМСП? Что, по вашему мнению, необходимо сделать, чтобы эта интеграция была успешна?</p> <p>b. Каковы ваши предложения по вовлечению ЛЖВ с целью усиления интеграции профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом в ПМСП?</p>

Приложение 6.5. Анкета для выходных интервью с клиентами

Дата проведения интервью:

Район:

Название организации:

Уровень организации:

Номер интервьюируемого:

ФИО интервьюера:

Подпись:

Вопрос	Ответы			
	Да	Нет		
1. Для получения каких услуг вы пришли сегодня? (Прочитайте и отметьте все подходящие варианты, возможны несколько ответов)				
1а. Планирование семьи				
1б. Услуги дородовой помощи				
1с. Родовспоможение/охрана материнства				
1д. Услуги послеродового ухода				
1е. Услуги иммунизации				
1ф. Лечение детских болезней				
1г. Медицинские услуги для подростков				
1h. Лечение ИППП				
1i. Лечение неинфекционных заболеваний (НИЗ)				
1j. Диагностика и лечение ТБ				
1к. Общие амбулаторные услуги				
1l. Услуги по охране психического здоровья				
1m. Услуги по ТБ				
1n. Прочие (указать какие)				
2. Если вы обращались за услугами ПМСП (пункты от 1а до 1к), предлагали ли вам медицинские работники какую-либо информацию или услуги в области охраны психического здоровья?				
3. Если да, то какую информацию они вам предоставили?				
4. Если вы обращались за услугами ПМСП (пункты от 1а до 1к), предлагали ли вам медицинские работники какую-либо информацию или услуги по ТБ?				
5. Если вам предлагали информацию и услуги по ТБ, пожалуйста, перечислите, что было предложено.				
6. Вы обычно получаете услуги в области психического здоровья в этом учреждении?				
Да				
Нет				
Я не получаю никакие услуги в области психического здоровья				

Вопрос	Ответы			
7. Если да, перечислите услуги в области психического здоровья, которые вы получаете в этом медицинском учреждении.				
8. Насколько, исходя из вашего опыта, услуги охраны психического здоровья интегрированы в ПМСП в этом медицинском учреждении? (Отметьте то, что применимо. В случае, если разные услуги в области психического здоровья оказываются по разным моделям, возможно сразу несколько ответов).				
8a. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг и предоставляются одним и тем же лицом				
8b. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг, но предоставляются другим лицом				
8c. Направление в другой кабинет, но в той же организации				
8d. Направление в другую организацию				
9. Вы обычно получаете услуги по ТБ в этом учреждении?				
Да				
Нет				
Я не пользуюсь услугами по ТБ				
10. Если да, пожалуйста, перечислите конкретные услуги по ТБ, которые вы получаете в этом медицинском учреждении.				
11. Насколько, исходя из вашего опыта, в этом медицинском учреждении услуги по ТБ интегрированы в ПМСП? (Отметьте то, что применимо. В случае, если разные услуги по ТБ оказываются по разным моделям, возможно сразу несколько ответов).				
11a. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг и предоставляются одним и тем же лицом				
11b. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг, но предоставляются другим лицом				
11c. Направление в другой кабинет, но в той же организации				
11d. Направление в другую организацию				
12. Хотелось бы услышать вашу оценку интегрированных моделей предоставления услуг по сравнению с автономными (Примечания: объясните разницу между интегрированной и автономной моделями предоставления услуг и убедитесь, что респонденты ее понимают. Отметьте подходящий ответ – разрешен только один вариант).				
Я предпочитаю автономные услуги				
Подойдет та же/любая модель оказания услуг				
Я предпочитаю интегрированные услуги				
Я гораздо больше предпочитаю интегрированные услуги				
13. На ваш взгляд как клиента, как интеграция психического здоровья в ПМСП повлияла на следующие аспекты услуг? Ознакомьтесь с каждым из нижеприведенных аспектов. Произошло ли снижение, увеличение, либо изменений не произошло?	Снижение	Без изменений	Увеличение	Не знаю
13a. Стоимость получения услуг				
13b. Эффективность услуг				

Вопрос	Ответы			
13с. Время, которое я провел в медицинском учреждении				
13d. Ожидаемое качество услуг				
13е. Конфиденциальность и защита личной информации				
13f. Стигма на уровне организации				
13g. Другое влияние (указать и оценить)				
14. На ваш взгляд как клиента, как интеграция услуг по ТБ в ПМСП повлияла на следующие аспекты услуг? Ознакомьтесь с каждым из нижеприведенных аспектов. Произошло ли снижение, увеличение, либо изменений не произошло?	Снижение	Без изменений	Увеличение	Не знаю
14а. Стоимость получения услуг				
14b. Эффективность услуг				
14с. Время, которое я провел в медицинском учреждении				
14d. Ожидаемое качество услуг				
14е. Конфиденциальность и защита личной информации				
14f. Стигма на уровне организации				
14g. Другое влияние (указать и оценить)				
15. В целом, испытываете ли вы какие-либо проблемы при получении психиатрической и противотуберкулезной помощи в этом медицинском учреждении?				
Да				
Нет				
16. Если да, пожалуйста, перечислите эти проблемы				
17. Каковы ваши рекомендации по решению этих проблем?				

18. Министерство здравоохранения Казахстана планирует интегрировать меры реагирования на ВИЧ/СПИД в ПМСП. Основываясь на вашем опыте доступа к интегрированным услугам, мы хотели бы услышать ваше мнение по этому поводу.

- a. Как вы думаете, это будет полезно?
- b. Если да, то какие будут преимущества?
- c. Если нет, то почему вы думаете, что это не принесет пользы?
- d. Каковы ваши рекомендации относительно того, что необходимо сделать для обеспечения успешной интеграции профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ/СПИДом в ПМСП? (При помощи наводящих вопросов рассмотрите те проблемы системы здравоохранения, которые необходимо будет решить)

19. Хотели ли вы поделиться информацией еще о каких-либо проблемах?

Приложение 6.6. Руководство по проведению Интервью с ключевыми информаторами для поставщиков услуг, работающих в Центрах по профилактике и борьбе со СПИД

Дата проведения интервью: _____

Район: _____

Название Центра по профилактике и борьбе со СПИД: _____

Номер интервьюируемого: _____

Должность интервьюируемого: _____

ФИО интервьюера: _____

Подпись интервьюера _____

Вопрос	Ответы			
	Да	Нет		
1. Какие услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД предлагаются в этом Центре СПИД? (Прочитайте все ответы и отметьте «Да», где это применимо)/				
1а. Общее тестирование на ВИЧ и консультирование по соответствующим вопросам				
1b. Предоставление презервативов				
1с. Информация и просвещение по вопросам ВИЧ				
1d. Предоставление АРВ-препаратов				
1е. Лечение оппортунистических инфекций				
1f. Услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом для ПИН				
1g. Услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ для MSM и других ключевых групп населения (перечислите предлагаемые услуги)				
1h. Услуги по ППВМР				
1i. Тестирование на вирусную нагрузку				
1j. Ранняя диагностика грудных детей				
1k. Другое (Пожалуйста, укажите)				
2. Предоставляет ли этот Центр СПИД какие-либо услуги ПМСП?				
3. Если да, то какие услуги ПМСП предлагаются в этом медицинском учреждении? (Прочитайте все ответы и отметьте «Да» или «Нет», где это применимо).				
3а. Планирование семьи				
3b. Услуги дородовой помощи				
3с. Родовспоможение/охрана материнства				
3d. Услуги послеродового ухода				
3е. Услуги иммунизации				
3f. Лечение детских болезней				
3g. Медицинские услуги для подростков				
3h. Лечение ИППП				
3i. Лечение неинфекционных заболеваний (НИЗ)				
3j. Диагностика и лечение ТБ				

Вопрос	Ответы			
3к. Услуги по охране психического здоровья				
3л. Общие амбулаторные услуги				
4. Если в этом Центре СПИД интегрированы услуги ПМСП, укажите, каким образом они интегрированы в услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом? (Отметьте «Да» или «Нет» там, где это применимо. Может применяться несколько ответов, если разные услуги ПМСП интегрированы с помощью разных моделей).				
4а. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг и предоставляются одним и тем же лицом				
4б. Находятся в одном и том же пункте оказания услуг, но предоставляются другим лицом				
4с. Направление на другой участок/в другое помещение, но в той же организации				
4д. Направление в другую организацию				
5. Было ли каким-либо образом переориентировано оказание услуг по профилактике и борьбе со СПИДом в этом учреждении на услуги ПМСП?				
6. Если да, опишите подробно то, как оказание услуг по профилактике и борьбе со СПИД в этом учреждении было переориентировано на интеграцию услуг по профилактике и борьбе со СПИДом?				
7. Исходя из своего опыта интеграции услуг ПМСП в Центрах СПИД, что бы Вы порекомендовали относительно способов переориентации клиник ПМСП в поддержку интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в эти клиники?				
8. Встречаются ли случаи, когда клиентов направляют за услугами ПМСП в другую организацию?				
9. Если да, предпринимаются ли какие-либо последующие действия, гарантирующие обращение и получение клиентами тех услуг, на которые их направляют?				
Да				
Нет				
Не знаю				
10. Если да, объясните, как осуществляются эти последующие действия?				
11. Если да, то используется ли какая-либо форма направления?				
Да				
Нет				
Не знаю				
12. Исходя из своего опыта по интеграции услуг ПМСП в услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ, оцените каждое из следующих действий относительно того, насколько серьезными препятствиями для интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в услуги ПМСП могут стать нижеперечисленные факторы. Могли бы Вы сказать, что это не является ограничением, является ограничением, но небольшим, средним или большим?	Не является ограничением	Небольшое	Среднее	Большое
12а. Нехватка оборудования для оказания комплексных услуг				

Вопрос	Ответы			
12b. Нехватка помещений для оказания комплексных услуг				
12c. Нехватка/отсутствие препаратов и других предметов снабжения для оказания комплексных услуг				
12d. Недостаточная численность персонала для оказания комплексных услуг				
12e. Недостаточная подготовка персонала для оказания комплексных услуг				
12f. Низкая мотивация персонала				
12g. Слабый надзор				
12h. Отсутствие инструментов для сбора данных				
12i. Отсутствие надлежащих руководящих принципов/ стандартной методики работы				
12j. Другие ограничения (укажите какие)				
13. Как повлияла интеграция услуг ПМСП с услугами по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в этом Центре СПИД на следующие аспекты обслуживания? Уменьшились ли они, увеличились или не изменились (ответьте по каждому пункту ниже)?	Снижение	Без изменений	Увеличение	Не знаю
13a. Стоимость услуг (для организации)				
13b. Стоимость услуг (для клиента)				
13c. Эффективность услуг				
13d. Стигматизация				
13e. Нагрузка на поставщиков услуг				
13f. Время, потраченное на одного клиента				
13g. Качество обслуживания клиента				
13h. Качество услуг				
13i. Комплексность получаемых услуг				
13j. Другие последствия/результаты (просьба указать)				

14. Хотелось бы понять, как Вы планируете оказание услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД и услуг ПМСП в этом учреждении:

- Осуществляете ли Вы совместное планирование услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услуг ПМСП? Если да, пожалуйста, подробно опишите, как это делается.
- Имеются ли у Вас совместные планы оказания услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услуг ПМСП? Если да, попросите предоставить копию совместных планов оказания услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услуг ПМСП.
- С какими трудностями Вы сталкиваетесь при осуществлении совместного планирования услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услуг ПМСП? Как Вы справляетесь с этими трудностями?
- В случае если страна перейдет к интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП, что бы Вы порекомендовали относительно того, как страна может улучшить процесс совместного планирования?

15. Хотелось бы понять, как Вы осуществляете отчетность, мониторинг и оценку оказания услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услуг ПМСП:

- Осуществляете ли Вы совместный сбор данных по оказанию услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услуг ПМСП или выполняете вертикальный (автономный) сбор данных по каждому направлению? Пожалуйста, объясните свой ответ.
- Интегрированы ли Ваши инструменты/регистры для сбора данных об услугах по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услугах ПМСП? Пожалуйста, объясните свой ответ. (Исследования: если они интегрированы, попросите подробно рассказать об интегрированных элементах данных. Если не интегрированы, объясните, почему (попросите показать копию реестров)
- С какими проблемами, связанными с отчетностью, мониторингом и оценкой, Вы сталкиваетесь/столкнулись при интеграции услуг ПМСП в услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ? Как Вы их решили?
- Исходя из своего опыта, какие проблемы, по Вашему мнению, будут связаны с интеграцией услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП? Что Вы порекомендуете для их решения?
- В случае если страна перейдет к интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ в услуги ПМСП, что бы Вы порекомендовали, чтобы улучшить процедуру отчетности, мониторинга и оценки комплексных мер реагирования.

16. Хотелось бы узнать о Вашем медицинском персонале, который оказывает комплексную помощь по оказанию услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД и услуг ПМСП:

- Один и тот же медицинский персонал оказывают как услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, так и услуги ПМСП? Или услуги оказываются разным персоналом? Пожалуйста, объясните свои ответы.
- Как Вы укрепили потенциал своего медицинского персонала по оказанию как услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, так и услуг ПМСП?
- С какими проблемами, связанными с кадровыми ресурсами в области здравоохранения, Вы столкнулись при интеграции услуг ПМСП в услуги по профилактике и борьбе с ВИЧ? Как Вы их решили?
- Исходя из своего опыта, как Вы думаете, с какими проблемами, связанными с людскими ресурсами в области здравоохранения, столкнется страна при интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в услуги ПМСП? Как бы Вы порекомендовали решать эти проблемы?
- В случае если страна перейдет к интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП, что бы Вы порекомендовали относительно людских ресурсов в области здравоохранения с точки зрения укрепления медицинского потенциала в оказании комплексных услуг ПМСП и услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом?

17. Хотелось бы понять, как Вы управляете снабжением лекарственными препаратами и расходными материалами для оказания комплексных услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услуг ПМСП.

- Где Вы получаете лекарственные препараты от ВИЧ/СПИД и другие расходные материалы? А для ПМСП? Источники их получения и каналы распределения интегрированы или автономны? Пожалуйста, объясните свои ответы.
- С какими проблемами, связанными с лекарственными препаратами и расходными материалами, Вы столкнулись при оказании комплексных услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом и услуг ПМСП? Как Вы их решили?

- С какими сложностями, по Вашему мнению, столкнется страна при переходе к интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП? Как бы Вы порекомендовали их решать?
- В целом, в случае, если страна перейдет к интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в услуги ПМСП, что бы Вы порекомендовали с точки зрения усиления закупок, каналов распределения и управления снабжением лекарственными препаратами и расходными материалами для обеспечения успешной интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП?

18. В целом, поддержали бы Вы политическое решение страны об интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП?

19. Если да, то по каким причинам Вы бы это порекомендовали? В чем преимущества интеграции?

20. Если нет, то почему бы Вы НЕ рекомендовали это? Каковы будут недостатки интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП? (Спросите о качестве услуг, стигматизации и дискриминации и т.д.)

21. Как Вы думаете, готова ли система ПМСП страны к интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП? Пожалуйста, объясните свой ответ.

22. Что бы Вы порекомендовали относительно способов усиления услуг ПМСП для обеспечения эффективной интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом?

23. Какую роль, по Вашему мнению, могут сыграть Центры СПИД в оказании поддержки стране в эффективной интеграции услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в услуги ПМСП? (Спросите о роли в проведении тренингов и т.д.)

.



для каждого ребенка

ЮНИСЕФ в Казахстане

Адрес:



Республика Казахстан,
Z10K8H4, г. Астана,
ул. Бейбитшилик 10, Блок 1



+7 (7172) 32-28-78

Подписывайтесь на нас:



[UNICEFKazakhstan](https://www.facebook.com/UNICEFKazakhstan)



[@unicefkaz](https://twitter.com/unicefkaz)



[@unicefkazakhstan](https://www.instagram.com/unicefkazakhstan)



[@unicefkazakhstan](https://www.tiktok.com/@unicefkazakhstan)



<https://www.unicef.org/kazakhstan/>