

ГЛАВА 10
ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

10 Информационная система здравоохранения

10.1 Информационная система управления здравоохранением (ИСУЗ):

Краткий обзор

Узбекистан приступил к выполнению реформ по здравоохранению с целью улучшения эффективности и качества здравоохранения. Система управления здравоохранением во время проведения реформ в большей степени требует мониторинг следующего: состояния здоровья населения; обеспечения услуг на основе полного охвата и полезности; запасов лекарств и модели потребления;

состояния оборудования и его наличие; финансов; и персонала разных ступеней. Такого рода мониторинг требует своевременного доступа и точной информации из разных источников, поддерживающих здоровье и других служб. Точные, релевантные и новейшие данные необходимы менеджерам по здравоохранению, если они должны определять слабое звено в обеспечении услуг и предпринять меры по улучшению услуг. Соответственно, развитие

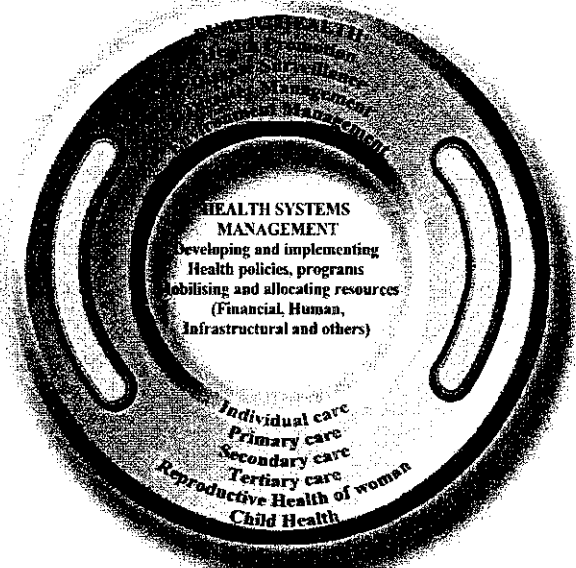


Схема 10.1 Взаимозависимость лечения и профилактической медицины

системы является необходимым предвестником улучшения управления.

Информационная система здравоохранения (ИСЗ) - это процесс, где записываются данные по здравоохранению (вводятся), хранятся, извлекаются и обрабатываются для принятия решения (выводятся). Принятие решения широко охватывает такие управленческие аспекты, как планирование, организация и контроль помещений и оборудования медицинских учреждений в республике, области, районе и уровня учреждений. Оно также охватывает клинические аспекты, которые могут быть подразделены на (i) обеспечение оптимального лечения пациента, (ii) обучение медицинского персонала для создания подходящих трудовых ресурсов, и (iii) содействие исследованиям и развитию деятельности в разных областях медицины.

Таблица 10.1 Разные подсистемы информационной управленческой системы по здравоохранению

Эпидемиологический надзор	Идентификация/уведомление о болезнях и факторов риска, исследование, последующее наблюдение, контрольные меры
Отчет о регулярном обслуживании	Больница/медицинский центр с индикаторами по работе различных служб и программ
Отчет по специальным программам	Различные программы по работе в отдельных странах, тематически включая: Здоровье матери, СПИД, контроль туберкулеза, онкология, и т.д.
Административные системы	Бухгалтерия и финансовые системы Менеджмент лекарственных препаратов (закупка, хранение и поставка) Руководство кадрами Управление активами (закупка и техобслуживание оборудования, зданий, и т.д.)
Запись актов гражданского состояния	Рождение, смерть, миграция, и т.д.
Административные системы	Бухгалтерия и финансовые системы по лекарствам

10.2 Организационные мероприятия ИСУЗ в Узбекистане

Организационные мероприятия по ИСУЗ и органы, ответственные по всем четырем ступеням: республиканские, областные, районные и сельские, и ответственные персонал перечислен в таблице 10.2. На следующей странице дается описание и оценка информационной системы по здравоохранению каждой ступени.

Таблица 10.2 Организация/ответственные лица разных уровней – отделы

Расположение/ Больница	Орган/Ответственное лицо	Кратко	Подробно	Вопросы
Республиканский уровень	1. Республиканский центр по санитарному и эпид. контролю	13, 15 2	13, 15 2	14 24, 25
	2. Республиканский научно исследовательский институт	5	A-1	6 24, 25
	3. Республиканский информационно аналитический центр (РИАЦ) Медицинский статистический центр/ Государственный комитет по статистике (ранее департамент министерства макроэкономики и статистики)			
Областной уровень	1. Отдел статистики областного центра по санитарному и эпидемиологическому контролю	13, 15	13, 15	14
	2. Медицинское статистическое бюро областного отделения здравоохранения	7, 8	A - 2	9, 24, 25
	3. Общий статистический отдел области		2	
	4. Статистический отдел специализированных учреждений здравоохранения и диспансеров области	7, 8 7, 8		9 9

Расположение/ Больница	Орган/Ответственное лицо	Кратко	Подробно	Вопросы
Районный уровень	1. Районный центр по санитарному и эпидемиологическому контролю –отдел статистики	13-15 9	13,15 А- 3	14, 24, 25 9
	2. Центральная районная больница/районный организационно методический отдел (РОМО)	9	2	9
	3. Статистик районного и внутрирайонного специализированного учреждения здравоохранения/диспансеров	9	2	24, 25
	4. Отдел общей статистики хокимията	18	16, 17	18
	5. Районный ЗАГС			
СВП/ СВА уровень	1. Главная медицинская сестра (она собирает отчеты всех врачей, управлений, лабораторий и обобщает их)	10, 11	10, 11	12




На районном уровне сбором статистической информации занимается специально обученный персонал: в детской поликлинике - статистик, в тубдиспансере- статистик и в районной больнице- статистик. В остальных случаях ответственность ложится на главную медицинскую сестру.

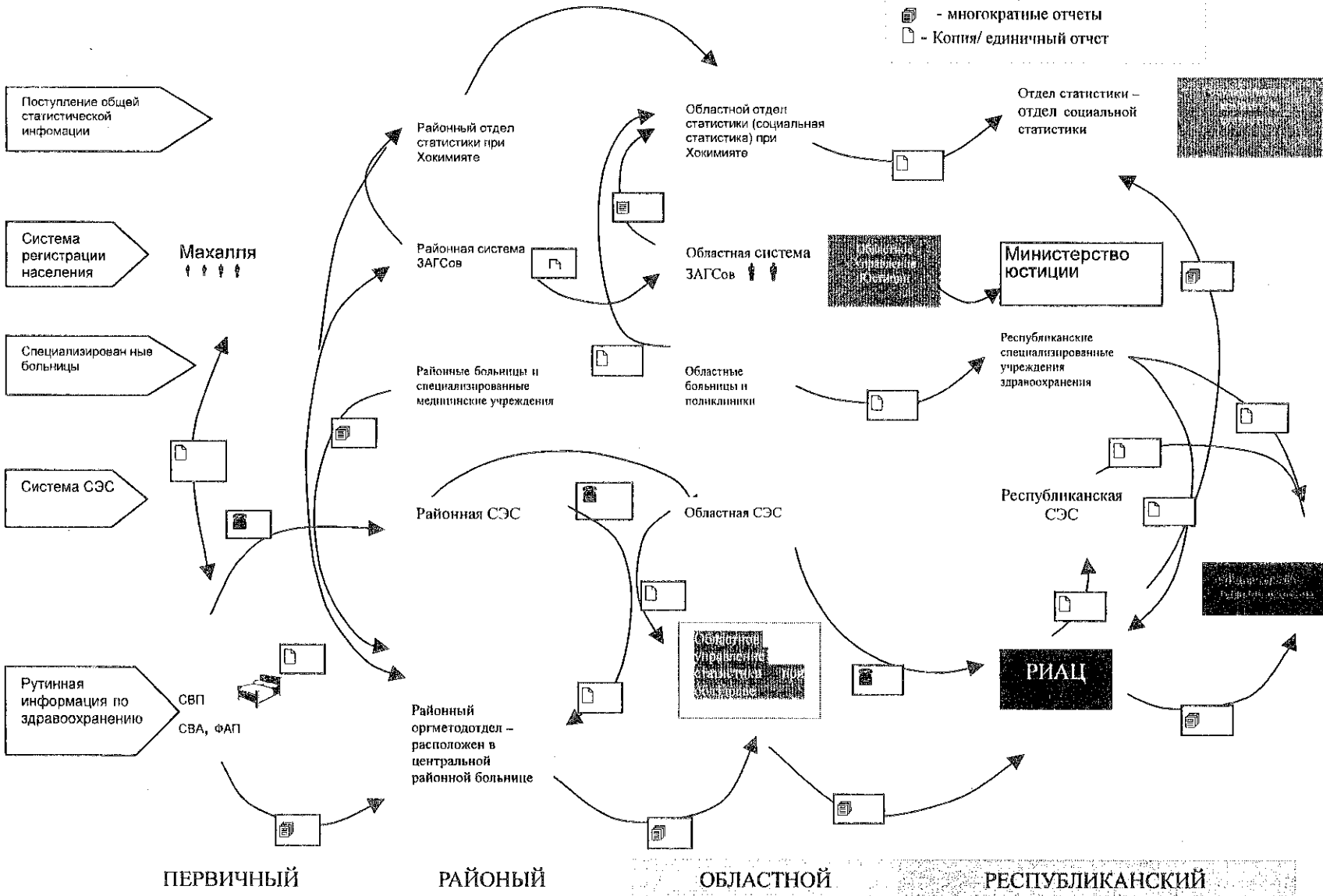
Комплексная схема 10.2 разъясняет организацию и схему информационных потоков и связь между ними, начиная с учреждений первичного уровня и выше на районный и республиканский уровни.

Схема 10.2

СХЕМА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ОПЕРАЦИЙ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Обозначения

-  - По телефону
-  - многократные отчеты
-  - Копия/ единичный отчет



10-4

10.3 Республиканский информационный аналитический центр (РИАЦ): описание и оценка

(См. подробное описание в Аппендиксе 10.1)

Республиканский информационный аналитический центр (РИАЦ) был основан в Республике Узбекистан в 1999 г. приказом №694 Министерства Здравоохранения (МЗ), слиянием трех различных центров: компьютерного, информационного и статистического.

РИАЦ - это головная организация, отвечающая за сбор данных здравоохранения, их анализ и составление отчетов. Он работает в тесном сотрудничестве с филиалом комитета по статистике здравоохранения при Министерстве. Выпускает ежегодные и квартальные публикации по здравоохранению. В состав РИАЦ входят: врачи, статисты, программисты и программисты по обработке данных. РИАЦ оснащен 30 компьютерами, численность составов около 100 человек. Центр хорошо оснащен компьютерами и имеется отдел по развитию программного обеспечения.

РИАЦ возглавляется директором и заместителем. Основными отделами являются отделы по эпидемиологическому контролю, системе трудовых ресурсов и некоторых вспомогательных отделов, такие как отдел программного обеспечения, ввода данных и администрация. Каждый возглавляется начальником и имеет кадровый состав. (Более подробное описание представлено в дополнительном отчете 10.1).

РИАЦ занимается сбором различных месячных, квартальных и годовых статистических форм, их объединением и передачей упорядоченных данных в МЗ, Национальный статистический комитет и другие.

РИАЦ использует компьютеры для объединения данных, с вводом данных в компьютерном центре. Центр использует также несколько прикладных вычислительных систем для работы в отделах (подробные данные предоставлены в Аппендиксе 10.1)

Анализ сильных и слабых сторон РИАЦа представлен ниже.

Таблица 10.3 Анализ РИАЦа

Сильные стороны	Слабые стороны
<ol style="list-style-type: none"> 1. В течение многих лет являлся частью статистической системы здравоохранения. 2. Опытный состав, владеющий системой, формой составления отчетности и предметом. 3. Положительная репутация и продолжительная работа с агентствами ООН и донорами. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не могут принять независимое решение по собранным, обработанным и т.д. данным Правовая зависимость от Министерства статистического комитета по типу, содержанию и составлению отчетности. 2. Не разработана компьютерная база данных - ручная система. 3. Ограниченная поддержка компьютерных программ. 4. Избыточность в составлении отчетности и другой деятельности.
Возможности	Угрозы
<ol style="list-style-type: none"> 1. Компьютеризация проходит в условиях осведомленности, интереса и поддержки правительства, штата и доноров. 2. Несколько проектов с донорской поддержкой намечаются в ближайшем будущем. 3. В районах становится возможным проведение интернета и подключение к сети. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Компьютеризация СЭС, ЗАГС уменьшит роль и важность РИАЦ. 2. Содержание большого штата станет трудным после сокращения бюджетной поддержки. 3. Несколько проектов при поддержке доноров разрабатывают / разработали свою ИС.

**Таблица 10.4 Информационная система областного уровня:
организация, информационный поток, проблемы**

	Министерство Здравоохранения			Комитет статистики при Министерстве	Министерство Юстиции
Уровень	Областное бюро медицинской статистики	Санитарно-Эпидемиологическая станция	Специализированные больницы	Государственный статистический отдел по социальному сектору	ЗАГС Система (регистрации населения)
Информационный поток	Обмен информации с другими отделами			Обмен информации с другими	Обмен информации с другими
Состав	Большой состав и специальные отделы по каждой форме	Компактный состав, возглавляемый врачом-статистом и 2-4 человека в штате	Нет особых отделов; обычно один или два статиста в каждой больнице	Компактный состав для всех социальных секторов и один статист по здравоохранению	Специализированная работа, отчетность - только часть работы
Компьютеры	Нет компьютеров, кроме как в пилотных областях проекта Всемирного банка	Компьютеризирован специальным программным обеспечением, крупноформатными таблицами и т.д..	Имеются компьютеры, но используются только для административных целей	Есть компьютеры, но не для медицинских статистов	Имеются несколько компьютеров
Оценка	Агрегационный анализ и передача в РИАЦ	Агрегационный анализ и передача в РИАЦ	Агрегация и передача	Планирование	Основная работа - регистрация
Проблемы	Отсутствие компьютеров	Старое программное обеспечение, нет общих стандартов в различных областях		Очень мало аналитиков в штате статистиков здравоохранения	

10.4 Областное бюро медицинской статистики

Областное бюро медицинской статистики, расположенное в областном управлении здравоохранения является организацией, отвечающей за информацию по здравоохранению. (См. дополнительный отчет 10.2)

Статистический отдел областной санитарной станции использует компьютерное программное обеспечение для анализа и создания информации. (Подробная информация представлена в главе о системе отчетности инфекционных заболеваний.)

Социальный сектор областного статистического отдела обычно имеет квалифицированный кадровый состав. Они обрабатывают 70 отчетов разных отделов социального сектора в месяц. Они также собирают статистическую информацию разных частных больниц по форме №.1, которая аналогична используемой в государственных больницах. Кроме того, помещения и оборудования частных больниц со штатом менее 10 человек представляют отчет непосредственно в небольшой отдел торгового департамента. В отделе надзора домашних хозяйств выборочно проводят полное обследование домашнего хозяйства, собирая детальные данные по расходам, доходам и другим аспектам. Информация вносится в таблицу с помощью компьютеров.

Областной демографический отдел является частью статического отдела, функционирует в здании областного хакимията с небольшим составом работников. Они получают информацию из ЗАГСа и паспортного отдела и создают демографический профиль по возрасту и другим критериям.

Областная система ЗАГСа: является частью Министерства Юстиции, занимающая обычно сбором информации от районных ЗАГСов и сбором статистики на областном уровне. (Более подробные данные представлены в разделе о системе регистрации рождения и смертности).

1) Проблемы

- а) Некоторые области, например Сырдарьинская, являющаяся пилотной областью, выпустили отчет с графиками лишь в 1999г, но после этого у них не было средств.

- б) На районном уровне в некоторых областях при составлении таблиц больше доверяют подсчетам на счетах. Такие области, как Самаркандская, оборудованы компьютером, но пользуются им ограниченно. Недавно они загрузили программное обеспечение МЕДСТАТ для ввода данных всех форм, сбора и обработки данных.
- в) Большой состав отдела работает с одной отчетной формой долгое время - фактически некоторые из них имеют около 30 лет стажа работы
- г) Кроме директоров, которые обычно посещают собрания и проходят учебные программы, остальной состав не обучается ИСЗ.
- д) Графики, схемы и другие наглядные пособия обычно не используются в областных статистических бюро, но СЭС, например Сырдарьинской области, использует графические средства.
- е) Карта помещений оборудования медицинских учреждений (сделанная от руки или на компьютере) не имеется в наличии во многих областях, хотя настенные имеются в СЭС.
- ж) Большая часть штата заинтересована в изучении компьютеров и переходе на компьютерный ввод и передачу данных, также и для проведения анализа.

Таблица 10.5 Развернутая таблица, с описанием организаций, вовлеченных в ИСУЗ на районном уровне

	Районный орг. и метод. метод отдел	Отдел отчетов СЭС.	ЦРБ, туберкулезная, инфекционная больницы.	Гос.комитет по статистике – социальный сектор	ЗАГС Система (регистрации населения)
уровень	Обмен информации между отделами			Обмен информации с остальными	Обмен информации с остальными
Поток инф-ии	Один гл. врач и два ассистента (медсестры)	Один гл. врач и один или два ассистента	Один статистик в каждой	Укомплектованный штат по всему социальному сектору	Один начальник и два или три инспектора
персонал	Нет компьютеров (Кроме пилотных районов Всемирного банка, где они используются только для базы данных населения)	1 или 2 компьютера, но нет программного обеспечения, только для печатания	Компьютеры есть только в ЦРБ, но обычно используются в административных целях, как составление плат. ведомостей, для бух. учета и тп.	Компьютеры есть но не для медицинской статистики	Компьютеров нет
компьютеры					
Процесс	Сводный анализ и отправка его в областное управление статистики	Сводный анализ и отправка его в областную СЭС	Сводный анализ и отправка его в районный орг. метод отдел и областные специализированные учреждения	Планирование кол-ва коек, основанное на их использовании	Основная деятельность – регистрация
Вопросы	Нехватка печатных форм отчетов, обучения и недостаточная проверка на местах	Ручное составление отчетов. Нехватка ввода данных и анализирующей программы по инфекционным болезням.			Ручная система отчетности с небольшим количеством персонала, мало взаимодействует с отделом медицинской статистики

(Подробное описание организаций ИСУЗ районного уровня представлено в Аппендиксе 10.3)

10.5 Информационная система здравоохранения на первичном уровне

СВП подразделяется на три типа и информационная система в основном в них аналогична. СВП возглавляется главным врачом. В нем также работают педиатры, гинекологи и другой средний медицинский состав в зависимости от численности населения.

На уровне СВП главная медсестра отвечает за информацию здравоохранения. Она собирает отчеты, составленные врачами, лаборантами и т. д., компилирует их в стандартный отчет и затем передает их в районную организацию ежемесячно, кварталом и ежегодно.

По нормам Минздрава каждый врач должен осмотреть в медучреждении 5 пациентов в час, и если осмотр проходит на дому, то 2 в час.

Ежемесячно представляются несколько отчетов, но каждый квартал и ежегодно необходимо представить массу документов. (Более детальная информация представлена в Аппендиксе 10.4).

Приказ №283 принял 374 формы первичной отчетности, включая 151 форму, относящиеся к первичному здравоохранению. Приказ №677 утвердил 40 форм статистической отчетности, включая 16 по первичному здравоохранению.

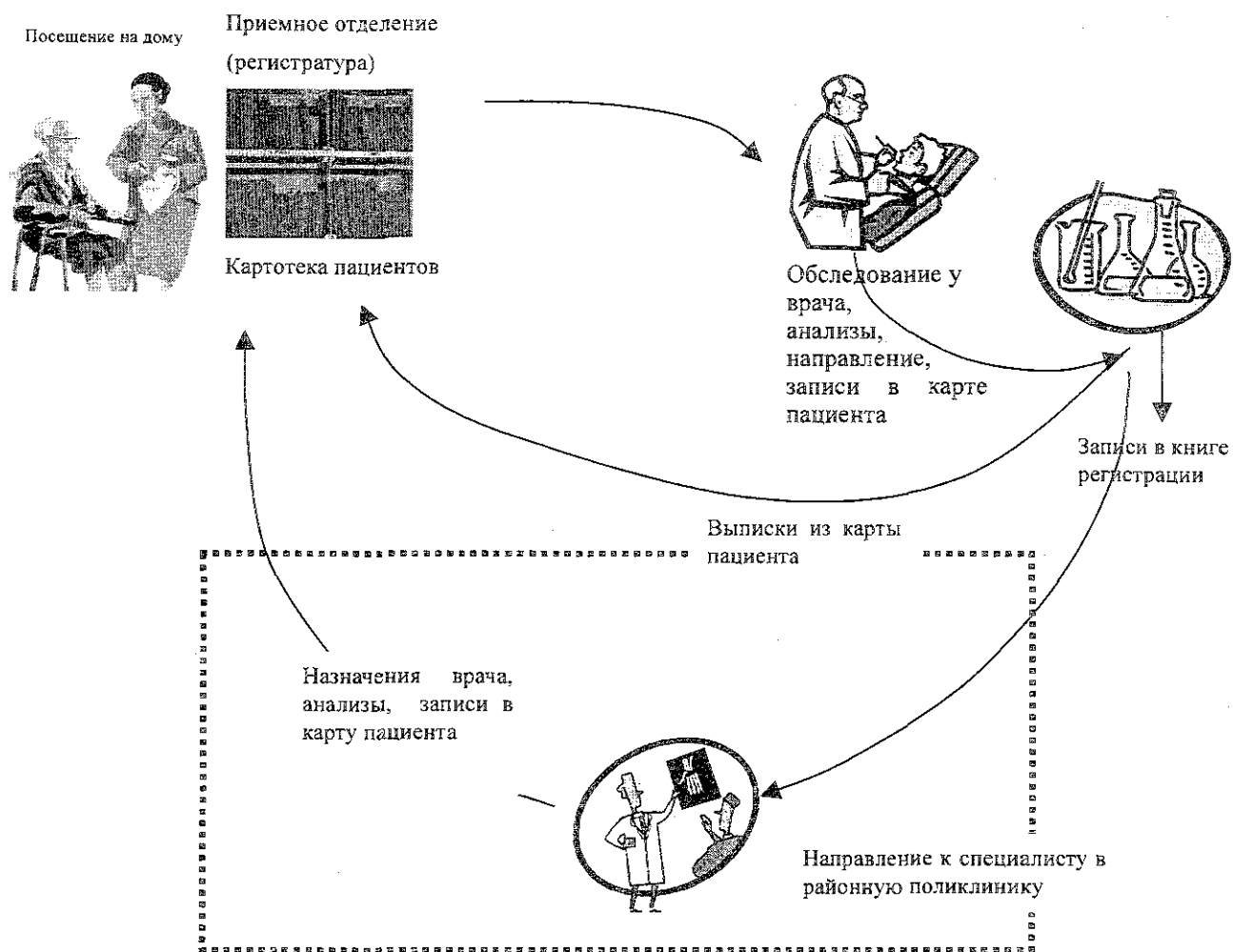
Сбор сведений о домашних хозяйствах проводится дважды в год по участкам. Медсестры обычно обходят свои участки и обновляют новыми данными регистрационный журнал.

Различают три вида документов, используемых для сбора информации на первичном уровне здравоохранения; разделение по категориям зависит от характера информации и способа ее формирования.

- 1) **Первичные формы записи:** индивидуальные медицинские карточки, регистрационные карточки, регистрационные формы, регистрационный журнал.
- 2) **Вторичные формы записи:** резюмированная или отчетная форма для служебного использования в медучреждениях и резюмированная

регистрационная форма для контроля и мониторинга документов, поступающих из медучреждений.

- 3) **Формы отчетности:** отчетные формы по контролю работы медицинских помещений, оборудования, проводимые органами контроля здравоохранения, формы государственной статистической отчетности.



1. Карта пациента представляет собой небольшую книгу, которая приобретается в любом магазине канцтоваров.
2. В СВП имеются карты пациентов на каждого человека на участке. Обычно они хранятся в приемном отделении (регистратуре), за исключением детских карт, карт анемичных матерей и других, которые хранятся в кабинетах узких специалистов.
3. Добавляется информация по каждому визиту, информация по иммунизации (для иммунизации используется обычно печатная форма), отчетам, примечаниям по рентгену, отметки специалистов.
4. В случае направления пациента из карты делается выписка и отправляется узким специалистам, но иногда врачи могут попросить всю карту пациента.

Схема 10.3 Амбулаторная карта пациента и система больничной информации в лечебных учреждениях первичного уровня

Комментарии и вопросы по информационной системе здравоохранения на первичном уровне

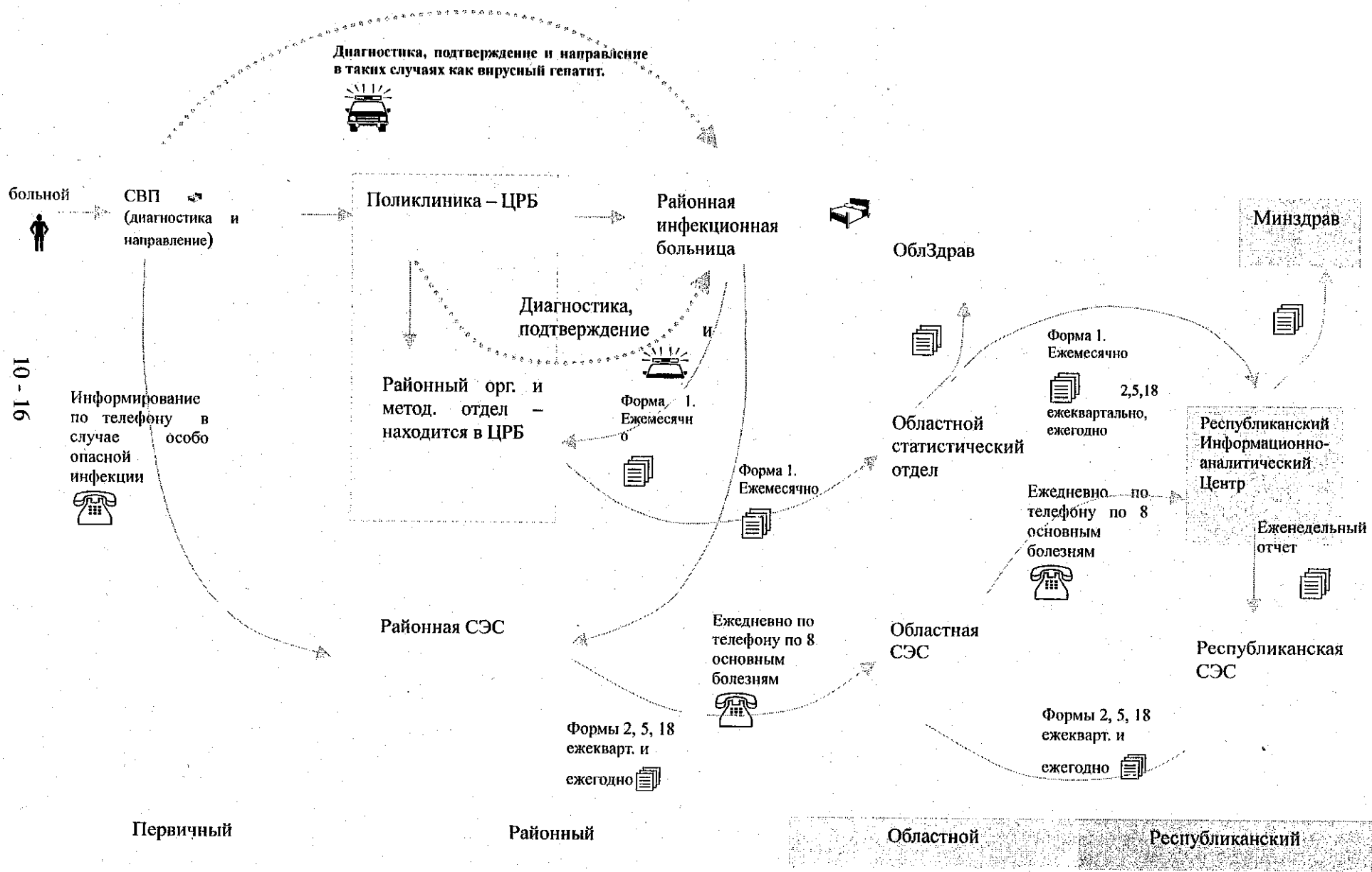
- 1) ИСЗ является очень подробной системой с различными регистрационными книгами и журналами.
- 2) В виду того, что эта система существует давно, персонал знаком с системой регистрации.
- 3) Документация осуществляется наравне с лечением пациентов и менеджментом помещений и оборудования.
- 4) Как правило, персонал не воспринимает работу с этими документами как утомительную или трудоемкую, за исключением времени представления отчетности.
- 5) Как правило, в настоящее время нет печатных форм и канцелярских товаров, и персонал вынужден использовать свои формы, расчерченные вручную.
- 6) Главные врачи знакомы с регистрационными отчетами и журналами и получают различные правительственные указания по ведению отчетности.
- 7) Информацию о домашних хозяйствах получают путем сбора информации дважды в год. Махалля ведет подобный сбор информации по домашним хозяйствам. Однако, крайне редко проверяется правильность информации и согласованность ее, кроме общего количества..
- 8) Проект Здравплюс, направленный на развитие компьютеризации информационной системы в поликлинике, собирает всестороннюю информацию через формы посещения больного и добавляет информацию в базу данных, облегчая тем самым создание различных отчетов и журналов (подробная информация данного эксперимента представлена в Аппендиксе 10.4).

Таблица 10.6 Санитарно эпидемиологическая информационная система – деятельность, возможности и проблемы

№	Наименование	Районный уровень	Областной уровень	Республиканский уровень
1	Общее описание	Категория районного уровня - уровень СЭС: i < 30 000 населения: 6 врачей ii 30 000 – 60 000 населения: 12 врачей iii 60 000 – 100 000 населения: 24 врача В Узбекистане 182 учреждения районного уровня	Две категории областного уровня - уровень СЭС i < 1 миллион населения. ii 1 – 3 миллион населения. 13 областей + один Каракалпакия	1 центр в Ташкенте
2	Организация	Главный врач и заведующие лабораториями/отделами	Главный врач с двумя заместителями и заведующими разными лабораториями.	Отв. лицо: зам.министра, который может принять решение.
3	Состав (состав зависит от размера зоны)	1 главврач, 1 медицинский статист и один помощник врач-эпидемиолог.	1 главврач и от четырех до пяти помощников – каждый заведующий лабораторией готовит свой отчет.	Организация методического отделения
4	Общие	Станция состоит из различных лабораторий, иногда расположенных при районной больнице в различных участках.	Станция состоит из различных лабораторий, иногда расположенных в участке районной больницы и дополнительно имеет учреждение по карантину, вирусологию.	
5	Получаемая информация			
	Ежедневно	Из СВП передается прямо в центральную районную и инфекционную больницу.	Из районных СЭС	РИАЦ получает информацию от областной СЭС (как и ранее)
	Ежемесячно	Детальная информация в разных отчетных формах.	Детальная информация в нескольких отчетных формах.	Формы № 1, 2, 5, 18 и т.п.
6	Отправляемая информация			
	Ежедневно	По телефону в СЭС	По телефону РИАЦ	
	Ежемесячно	Формы № 1, 2, 5, 18 и т.д.	Формы № 1, 2, 5, 18 и т.д.	
7	Дополнительное значение	Составление отчетов	Консолидация отчетов. Некоторые области, например, Сырдарьинская используют графические форматы для презентации. Районные данные, начиная с 1990 г. доступны для анализа.	

№	Наименование	Районный уровень	Областной уровень	Республиканский уровень
8	Деятельность	Тесная координация с центральной районной больницей и инфекционной больницей.	Во время сезона возможного вспыхания инфекций учреждаются штабы.	Отправляет специалистов во время вспышки редких в наши дни инфекций.
9	Возможности заняться инфекционными болезнями	Можно быстро получить информацию в течение часов их вспыхания. Связь между СВП и поликлиниками.	Обычно можно получить информацию через день в случае опасной инфекции.	Обычно можно получить информацию через день в случае опасной инфекции.
10	Компьютеры	Имеется 1 или 2 компьютера, используемые в большинстве случаев для печатания.	Имеется 4-6 компьютера; иногда в области используется статистическое программное обеспечение с базой данных в FoxPro, другие используют крупноформатные таблицы всех типов. Некоторые врачи владеют компьютерами.	Несколько компьютеров и их пользователи хорошо владеют компьютерами.
11	Проблемы по компьютерам	Отсутствие прикладного программного обеспечения. Используются нестандартные приложения.	Прикладное программное обеспечение очень старое и пригодно для проведения не многих анализов. Кроме того, не все области применяют его.	Нет прикладного программного обеспечения. Используются нестандартные крупноформатные таблицы.
12	Картографирование	Нет географических карт в местах посещения.	В кабинете главврача имеются настенные карты.	Только некоторые общие карты, нет подробных карт.
13	Управление данными	На уровне СВП имеются, выполненные вручную отчеты.	Хранятся в разных форматах, файлах и на районном уровне, проводится их агрегация.	Исчерпывающая информация, но нет базы данных национального уровня по районам.
14	Будущие планы	Развитие единого программного обеспечения для ввода данных.	Развитие единого программного обеспечения и установка для ввода данных и консолидации. Подключение вплоть до республиканской СЭС посредством набора или через Интернет.	Развитие базы данных и консолидация, онлайн связь областной СЭС для получения данных и отправки;— подключение к сети планируется провести с помощью UNICEF.

Схема 10.4 Система предоставления отчетности по инфекционным болезням



10.6 Существующая система составления отчетности о рождаемости, смертности и браке в Узбекистане (ЗАГС)

Узбекистан имеет хорошо налаженную систему записи рождения, смерти и регистрации браков посредством организаций ЗАГСа местного и районного уровня. Система ЗАГСа, регистрирующая рождение, смерть и брак, является частью Министерства Юстиции с офисами в районах.

Свидетельство о рождении обязательно и выдается при рождении ребенка в роддоме (или в больничной палате центральной районной больницы). В больнице выписывается предварительное свидетельство и на основании его родитель может зарегистрировать рождение ребенка, либо в районном ЗАГСе, или в сельской конторе (с оплатой 228 сум). В случае рождения ребенка дома соответствующий участок СВП выдает справку о рождении.

Как правило, офис районного ЗАГСа маленький с одним начальником и двумя или тремя инспекторами. Весь регистрационный процесс проводится вручную. Они должны хранить книгу с записями и оригинальный корешок свидетельства о рождении в течение 75 лет. Обычно около 30% всех рожденных регистрируются непосредственно в офисе районного ЗАГСа.

Подобно этому, офис ЗАГСа регистрирует брак (и взимает взнос 998 сум), это свидетельство потребуется и во время регистрации рождения.

В сельском совете обычно работает один секретарь, регистрирующий рождение, и он направляет месячный отчет в центральную районную больницу и в методологической отдел (РОМО).

РОМО получает информацию о рождении как из центральной районной больницы, так и из сельского совета и офисов ЗАГСа. Они проверяют статистику и уничтожают дубликат регистрации. Как правило, они получают информацию по каждому рождению. Сравнивается дата для фильтрации дублирующего отчета. После возвращения матери с ребенком в свое село, врач СВП посещает их и заносит данные в регистрационный журнал СВП.

Что касается районного ЗАГСа и РОМО, то они направляют последние сводные данные по новорожденным в соответствующие офисы областного уровня, а они в свою очередь отправляют их в учреждения республиканского уровня.

1) Паспортная система

Паспортная система получает направление с районного на республиканский уровень. Каждый взрослый гражданин, достигший 16 летнего возраста, должен получить паспорт в МВД, филиалы которого расположены в каждом районе и области. Паспорт необходим при устройстве на работу, заключении брака, поездках в другие области, и получении других услуг от частных и государственных секторов. Паспорт обновляется при достижении 25 и 45 лет. Данная система отслеживает миграцию населения из разных областей. Данные вводятся, в основном, вручную и не совсем взаимодействуют с данными, накопленными в системе ЗАГСа.

2) Регистрация смерти

Медицинское свидетельство о смерти выдается учреждением здравоохранения, где она была установлена или соответствующим СВП в случае смерти дома, на основании чего свидетельство выдается либо системой ЗАГСа в районах или сельсоветом. Эти свидетельства нужны, чтобы похоронить покойника.

Посредством этого обязательно необходимого процесса проходит регистрация всех рождений, смертей и браков в Узбекистане.

Таким образом, демографические данные можно получить из двух источников: либо через систему первичных учреждений здравоохранения либо через систему ЗАГСа.

3) Вопросы по регистрации рождения и смерти

- а) Очень эффективная система с почти 100% регистрацией.
- б) По сравнению с другими статистическими системами, офисы укомплектованы малым составом.
- в) Проводится некоторая перекрестная проверка данных ЗАГСа со статистической системой здравоохранения.
- г) Система с множеством документной работы выполняется вручную. Несмотря на оснащение ЗАГСа компьютерами, они в большинстве случаев используются только для печатания.
- д) Проект ЗдравПлюс с участием Мирового Банка создал базу данных населения Ферганы и некоторых экспериментальных районов Сырдарьинской области и Навоийской (Детальное описание данных по проекту ЗдравПлюс представлено в Аппендиксе 10.4).

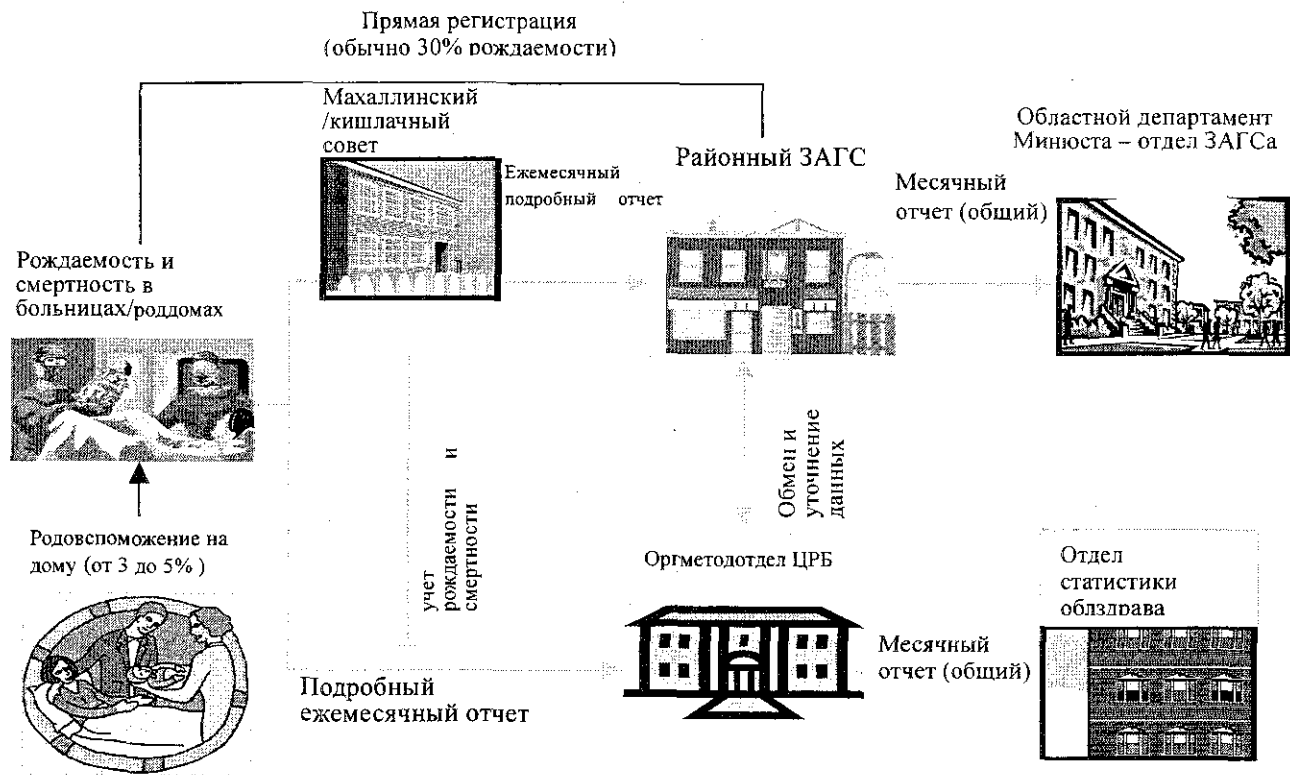


Схема 10.5 Существующая система регистрации рождений, смертей и браков

Таблица 10.7 Деятельность различных агентств и проектов в Узбекистане

Наименование агентства/проекта	Описание основной деятельности	Описание информационной системы управления здравоохранения	Области информационной системы здравоохранения	Ресурсы	Будущие планы
Проект ЗдравПлюс (поддержка USAID)	Качество первой помощи и эффективное развитие посредством укрепления потенциала, децентрализация	1. Развитие и использование компьютерной базы данных на 800 000 людей Ферганы. 2. Разработана и испытана система клинической информации в контрольных районах. 3. Разработана система финансового менеджмента для составления бюджета и бухгалтерского учета на уровне СВП.	Ферганская область и контролируемые районы	Отделение информационной системы здравоохранения в Ташкенте с 3 специалистами и, 1 врачом - специалист в Фергане, программисты	Расширение по всему Узбекистану в сотрудничестве с Всемирным банком проект «Здоровье-2» (предложен).
Проект «Здоровье-1» с поддержкой Всемирного банка	Развитие инфраструктуры и укрепление потенциала по первой помощи	Установлена база данных населения Навоийский и Сырдарьинской области совместно с проектом ЗдравПлюс и техническим содействием.	Навои и Сырдарья	Один постоянный координатор в Ташкентском проектном офисе и несколько компьютерных программистов регионального уровня.	Предложение использовать разработанную проектом ЗдравПлюс систему и расширить по Узбекистану.
ВОЗ	Обучение медперсонала, контроль инфекционных заболеваний, информационная система здравоохранения, менеджмент лекарственных средств	Разработана система презентации данных по национальному здравоохранению всего Европейского региона. Программное обеспечение поможет провести статистический анализ на областном уровне и имеет большую сеть индикаторов для анализа и составления простой карты.	Национальный уровень	Европейский офис имеет всесторонние знания по ИСЗ.	Предложения по развитию единой и всесторонней базы данных в Узбекистане в координации с донорами и другими проектами.

Наименование агентства/проекта	Описание основной деятельности	Описание информационной системы управления здравоохранения	Области информационной системы здравоохранения	Ресурсы	Будущие планы
UNICEF	ИВБДВ /охрана материнства, ВИЧ/СПИД, поставка лекарств и обучение	Информация о вакцинации, информация о детских инфекционных болезнях.	Национальный уровень	Сотрудничество с системой СЭС; поставляющей аппаратные средства на региональном и областном уровнях.	Планы соединить в сети республиканскую СЭС с областной и разработать программное обеспечение с тем, чтобы данные поступали автоматически, передавались и консолидировались на республиканском уровне.
ADB	Предложение разработать проект по здоровью женщины и ребенка (затем должны быть другие планы)	Сходство с компонентами проекта Всемирного банка «Здоровье-1» и ИСЗ.	Необходимо идентифицировать	ТЭО консультанта	Предложение поддержать проект «Здоровье-2» Всемирного банка, с фокусом на индикаторы охраны здоровья женщины и ребенка.
Проект TACIS (EURO AID)	Второй проект по здравоохранению, начало деятельности с 2004 г.	Развитие информационной системы только в проектных регионах в виду их слаборазвитости.	Кашкадарьинская область и Каракалпакия	ТЭО зарубежного консультанта, но выполнение местными силами.	Планы по развитию информационной системы через Мединститут, а не регулярной системой РИАЦ

10.7 Краткое изложение проекта ЗдравПлюс

(Подробное описание проекта и его состояния представлено в Аппендиксе 10.4)

- 1) Проект обращен на ИСЗ и клиническую информационную систему последних 4 лет.
- 2) Располагает компетентной группой специалистов, состоящей из четырех человек (включая врачей и компьютерных специалистов) в Ташкентском офисе.
- 3) Провел исследование (внутреннее и внешнее) государственной стандартной ИСЗ и информационных систем по проекту ЗдравПлюс, стратегии, хода оценки и т.п.
- 4) Проект в значительной степени инвестировал консультирование, развитие опытного программного обеспечения и выполнение программы.
- 5) Реформирование информационной системы здравоохранения не являлось целью работы проекта.
- 6) Разработал простую базу данных населения Ферганской области и некоторых районов Сырдарьинской области и Навоийской с помощью проекта Всемирного банка.
- 7) База данных населения главным образом использовалась для калькуляции финансового плана СВП на душу человека.
- 8) Разработал модели клинической информационной системы и экспериментально выполнил в нескольких поликлиниках.
- 9) Разработал программное обеспечение СВП для выполнения финансового планирования и расчетов расходов.
- 10) Развил возможности информационно-управленческой системы здравоохранения на проектном участке.
- 11) В контрольных районах не использовались какие-либо картографические средства для вычерчивания графических изображений помещений и оборудования медицинских учреждений или индикаторы и т.п.
- 12) РИАЦ и областное статистическое бюро здравоохранения информационно обновились, но не изменили документы, отчеты исследования и вместе с ними программное обеспечение.
- 13) Наконец, в проекте ЗдравПлюс и во всей его деятельности наблюдается совершенный проектный подход.
- 14) Персонал медучреждений в проектных участках извлекают пользу от вмешательства проекта ЗдравПлюс в форме упрощения отчетности, экономии

времени на рутинную отчетность и планирование. Конечно, они поддерживают требования отчетности двойной системы.

10.8 Заметки по состоянию компьютеризации в отделениях здравоохранения

- 1) РИАЦ полностью компьютеризован для ввода централизованных данных. Наконец он располагает всесторонней прикладной вычислительной системой – МЕДСТАТ (более подробные данные представлены в Аппендиксе 10.1) – которая облегчает ввод данных всех форм и отчетов, объединение данных и их анализ и т.п. Предстоит ее установка в областях.
- 2) Статистический комитет при министерстве использует компьютеры и имеет программное обеспечение для ввода данных для некоторых полей информации статистических отчетов здравоохранения.
- 3) Проект ЗдравПлюс составил клиническую, финансовую базы данных и базу данных о населении в экспериментальных проектных участках. База данных о населении используется при расчетах на душу населения. Финансовое и клиническое программное обеспечение установлено только в некоторых экспериментальных СВП. Программное обеспечение готово для более широкого внедрения.
- 4) Хотя большинство областей оборудовано компьютерами, их использование ограничивает применение крупноформатной таблицы, старых прикладных систем FoxPro для ввода данных и распечатывания отчетов. Нет единого программного обеспечения и процесса передачи данных.
- 5) Некоторые районы располагают компьютерами, но они используются главным образом для печатания.
- 6) Кроме экспериментальных районов нигде больше нет компьютеров на уровне СВП. Большинство районных больниц имеют компьютеры, которые используются для различных работ.

10.9 Замечания по государственной информационной системе здравоохранения

- 1) ИСЗ был разработан Институтом общей и социальной гигиены (им. Семашко) в Москве.
- 2) Он в большей степени направлен на централизованную систему планирования и

менеджмента в системе здравоохранения.

- 3) Почти все события, относящиеся к здравоохранению, записываются в журналы и составляются отчеты.
- 4) Количество журналов для хранения на уровне медучреждений очень большое.
- 5) Они имеют обширный состав для составления отчетов/обработки и передачи информации по здравоохранению. Многие статистики республиканского, областного и районного уровня имеют очень большой стаж работы в одном и том же отделе.
- 6) **Линованные книги** служат журналами и некоторые отчеты представляются в отчетах, начертанных от руки.
- 7) На всех уровнях, несколько отделов и служб занимаются вопросами здравоохранения и сбором информации. Они обычно обмениваются **информацией** и передают по их иерархии.

10.10 Проблемы

- 1) ИСЗ основана на **агрегации**. Каждый уровень передает на более высший уровень только сводные отчеты и, в конце концов, только областная статистика доходит до (кроме кадровой информации) РИАЦа в г. Ташкенте. Области, в свою очередь, обрабатывают и анализируют сводную информацию районов. Недостаток агрегации заключается в том, что работа отдельных институтов или ее отсутствие скрывается в агрегации/обобщении данных всего района.
- 2) Система информационного потока обычно следует структуре организационного потока. Следовательно, различают **несколько информационных потоков по вертикали**, как эпидемиология, демография специализированных больниц, рутинная статистика и т.п. Имеется система информационного обмена, но нет практики согласования данных.
- 3) На областном и районном уровне отсутствует компьютерная поддержка в виде специализированного **программного обеспечения** для ввода данных, сбора информации и их анализа (областные проекты по здравоохранению имеют компьютеры с базой данных населения).
- 4) Хотя устно информационная **обратная связь** дается ежемесячно на медицинских собраниях, формальная система отчетности с обратной информационной связью не существует.
- 5) СВП хранит детальную **базу данных о населении** по району охвата их

обслуживания, но она используется для планирования и профилактической деятельности. Но, как правило, эти данные не согласуются с данными местной Махалли.

- 6) **Аудит качества данных** выполняется статистиками на районном и областном уровне в порядке периодических визитов в медучреждения. Они должны проверять и согласовывать оригинальный журнал и также формы выписки пациента типа 066/У со статистикой отчетности. Но на практике из-за отсутствия таких средств, как, например, транспорт и некоторых других факторов аудит всесторонне не проводится.
- 7) **Различные донорские агентства** работают в экспериментальных областях и районах со своими средствами. Чтобы ускорить менеджмент своего проекта, они добавляют несколько отчетных форм к существующей информационной системе. Это увеличивает объем работ местного персонала. Состав не имеет соответствующей поддержки, для оперирования объемом дополнительной работы.
- 8) Хотя система всесторонней отчетности существует, не включены **индикаторы качества**. Нужно направить усилия на разработку системы с индикаторами качества.

Таблица 10.8 представляет обобщенную версию вышеуказанных вопросов.

**Таблица 10.8 Жизненный цикл и проблемы
информационной системы управления здравоохранением**

Этап	Настоящий процесс или поток ИСЗ	Вопросы и комментарии
Формирование данных	Первичное звено здравоохранения – ответственное лицо: главная медсестра в СВП	Всесторонняя система документации и отчетности. На первичном уровне врачи должны посетить 5 пациентов в час; и 2 если - на дому. Каждый пункт клинической и статистической информации должен заноситься в различные регистрационные журналы и в главную книгу.
Анализ данных	Главврач СВП, районные, областные и республиканские специалисты	Так как информация доступна в совокупности на более высоком уровне, можно провести только ограниченный анализ. Обычно соответствующие статистические бюро проводят анализ в виде табличных данных.
Поток данных	Ежемесячно, кварталы и ежегодно: обычно передается из руки в руки	Обычно должен быть указан крайний срок отчетов. Опять это односторонний поток и информационный поток направлен вверх. Так как компьютеры все еще не применяются (используются на областном и районном уровне), то отчеты отправляются курьером.
Презентация данных	Обзорные собрания	Используются только табличные формы. На республиканском уровне используются графические средства. Но на областном и районном уровне графические и аналитические методы не применяются. Не используются районные или областные карты. Нет отчетов с описанием работ и обычно, чтобы получить нужную информацию, нужно просмотреть тома табличных форм.
Контроль качества	Различные отчеты по контролю, аудит данных районными и областными управлениями	Существует система аудита данных районными и областными статистическими управлениями, посредством полевых визитов и перекрестной проверки отчетов с контролем форм типа 066/У, которые заполняются после каждого посещения пациентом медучреждения. Но, в связи с бюджетным лимитом для полевых визитов и нехватки времени серьезный аудит невозможен.
Использование данных для принятия решений	Программное планирование, мониторинг, обучение, логистика лекарств, внедрение персонала и управление оборудованием	Наличие слишком много органов, принимающих решения на областном и республиканском уровне делает сложным использование данных. Экспериментальный СВП по проекту ЗдравПлюс финансово независимы и использование данных проходит медленно. Менеджеры областного уровня знакомы с данными здравоохранения.
Обратная связь	Протоколы, собрания, служебные записки и устные сообщения.	Формальная/письменная обратная связь отсутствует на всех уровнях. Устная обратная связь - сообщается во время собраний медицинского персонала.

ГЛАВА 11
ПЕРВИЧНОЕ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

11. Первичная медико-санитарная помощь

11.1 Определение первичной медико-санитарной помощи

С приобретением независимости, в соответствии с Указом Президента особое внимание стало уделяться первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в сельской местности. Процесс реформ здравоохранения предусматривает укрепление учреждений первичного здравоохранения в сельской местности, наиболее известных как СВП, а также переустройство сети экстренной медицинской помощи. Тем не менее, в связи с тем, что концепция первичной медико-санитарной помощи не приведена в соответствие со стандартами, данное понятие часто путают с «оказанием первого медицинского ухода», «профилактической помощью» и «экстренной помощью». Таким образом, в проведении данного изучения используются исторические перспективы с целью всестороннего анализа мероприятий первичного здравоохранения в Узбекистане. Ниже показаны Алмаатинская Декларация по первичной медико-санитарной помощи и предложенные этой Декларацией восемь основных видов деятельности.

Блок 1

Алма-Атинская Декларация, 12.9.1978

Первичным здравоохранением является необходимое здравоохранение, основанное на практических, научных и социально приемлемых методах и технологиях, ставших универсально доступными для индивидуумов и семей посредством их участия и при стоимости, приемлемой для населения и страны для поддержания их на каждой стадии развития в духе самонадежности и самоопределения. Первичное здравоохранение является неотъемлемой частью как системы здравоохранения страны, ее центральной функцией и основным фокусом, так и всеобщего социального и экономического развития населения. Также первичное здравоохранение является первым уровнем контакта индивидуумов, семей и общества с национальной системой, приближаясь по мере возможности к местам проживания и работы людей и устанавливает первый элемент продолжения процесса здравоохранения.

В первичное здравоохранения входят:

1. Образование по преобладающим проблемам здравоохранения и методы их профилактики и контроля
2. Пропаганда пищевого обеспечения и правильного питания
3. Адекватное обеспечение безопасной водой и основной санитарией
4. Охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи
5. Иммунизация против основных инфекционных заболеваний
6. Профилактика и контроль локальных эндемических заболеваний
7. Надлежащее лечение общих заболеваний и повреждений
8. Обеспечение необходимыми лекарствами

11.1.1 Организация и Управление

В Министерстве Здравоохранения, в подчинении Министра находятся 5 заместителей, ответственных за подсектора системы здравоохранения, такие как: 1) профилактика и лечение, 2) материнство и детство, планирование семьи, 3) учреждение медицинского образования и науки, 4) санитария и эпидемиология, и 5) новые технологии и медицинское оборудование.

Таким образом, в Министерстве Здравоохранения не существует определенного департамента по комплексному контролю первичной медико-санитарной помощи. Департамент лечебно-профилактических учреждений Министерства Здравоохранения осуществляет контроль за медицинскими учреждениями первичного здравоохранения и является ближайшим к комплексному управлению первичным здравоохранением. Политика здравоохранения основана на Указе Президента и распространяется Минздравом в каждое областное управление здравоохранением. Тем не менее, хотя каждая область обладает индивидуальными характеристиками структуры здравоохранения, многие из департаментов здравоохранения не в состоянии осуществлять планирование политики, отражающей индивидуальное решение.

В сельской местности, в связи с переходом на реструктуризацию учреждений здравоохранения, ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты), СВА (сельские врачебные амбулатории) и СУБы (сельские участковые больницы на 30-60 коек) все еще функционируют на территориях, не затронутых проектом «Здоровье-1» Всемирного банка. Началась организация СВП (сельских врачебных пунктов) с внедрением специальности врачей общей практики (ВОП) и медсестер.

В городской местности, поликлиники и детские поликлиники с наличием специалистов являются пунктами оказания первичной медико-санитарной помощи в качестве амбулаторных учреждений. В соответствии с реформами здравоохранения и образования должности ВОП, в поликлиниках началось введение должности ВОП совместно с другими узкими специалистами. Также должности ВОП внедряются в ГВП (городских врачебных пунктах), функционирующих в качестве отделений поликлиник.

11.1.2 Роль СВП и текущая ситуация

(1) Объем услуг СВП

С целью осуществления комплексного подхода к населению, роль СВП и ВОП требует проведения универсальных мероприятий, таких как обеспечение лекарственными средствами, оборудованием и фокусирование на острых вмешательствах в пределах спроса, образование в области здравоохранения, пропаганда, профилактика, диагностика и лечение. Таким образом, объем услуг СВП, равно как и основной пакет услуг, был разработан при установлении сотрудничества проекта «Здоровье-1» Всемирного банка и Фонда Ноу-Хау «Проект Здоровья Узбекистана» и указан в таблице 11.1 в Аппендиксе.

(2) Кадровый потенциал в СВП

Согласно системе образования бывшего Советского Союза, работниками СВП были в основном терапевты, педиатры, другие специалисты и медсестры, а также сотрудники, прошедшие обучение и ставшие врачами общей практики (ВОП) и универсальными медсестрами, сосредоточившиеся в основном на ведении семейной практики. Был образован Отдел ВОП Института усовершенствования врачей (ТашИУВ) и сформировал сеть обучения совместно с шестью другими институтами (Ташкентский медицинский институт 1 и 2, Институт педиатрии г. Ташкента, Бухарский медицинский институт, Андижанский и Самаркандский медицинские институты) с целью создания предстоящей базы подготовки ВОП. Недавняя программа подготовки ВОП была продлена от 3 месяцев обучения до 10-месячного курса обучения. Количество персонала распределено в соответствии с типом СВП от 1-го до 4-го, тем не менее, новым ВОП необходимо больше клинического опыта для приобретения независимости. Детали приведены в «Главе 8 Развитие кадрового потенциала».

Также проект «Здоровье-1» настаивает на важности управления СВП, а именно финансирование, медицинская отчетность, содержания здания и оборудования, а также управление услугами здравоохранения.

(3) Здания и оборудование в СВП

ФАПы, СУБы и СВА обладают довольно низким уровнем оборудования и ограниченностью лекарственных препаратов, в данных учреждениях даже наблюдается нехватка электричества и безопасного водоснабжения. В пилотных

областях недавно реконструированные учреждения привлекают пациентов доступностью и предоставляют им конфиденциальность в оказании услуг. Целью СВП является обеспечение необходимыми лекарственными средствами для всего населения в соответствии с потребностями. СВП могут предоставить необходимые услуги по первичному здравоохранению, оборудование в СВП выполняет простейшие операции. Таким образом, важностью количества и качества оборудования является прибыльность и четкое разграничение к следующему направлению на лечение. Детали приведены в «Главе 7 Медицинские учреждения и оборудование».

11.1.3 Текущие мероприятия в первичной медико-санитарной помощи

Согласно с деятельностью СВП, предпринимаются следующие действия, а также достигнуты следующих результатов среди населения.

(1) Образование в системе здравоохранения

Благодаря высокому уровню грамотности и свободе вероисповедания, образование в системе здравоохранения, нацеленное на информированность населения, может выполняться при осуществлении деятельности по информации, образованию и коммуникациям (ИОК) путем оказания визитов на дому, СВП и школ, теле- и радио кампаний. Программный подход, такой как контроль питания, грудное вскармливание и планирование семьи, концентрируется в основном на охране материнства и детства. В деятельности ИОК наблюдается нехватка понимания инициатив членов общества.

(2) Безопасное водоснабжение и основы санитарии

Согласно отчету ЮНИСЕФ, примерно 97% городского и 84% сельского населения обладают доступом к безопасной воде. Тем не менее, система распределения воды устарела и находится в плохом состоянии. С точки зрения качества воды, доступная вода не означает «безопасная питьевая вода» в связи с поведением населения. Население не обладает достаточной информированностью о санитарии и люди употребляют для питья поверхностные воды без кипячения. Также проблемы солености воды в связи с проблемой Аральского моря наблюдаются в Хорезме и Каракалпакстане и качество ухудшения воды находится ниже государственного стандарта.

В целом, 97% городского и 85% сельского населения обладают доступом к туалетам.

50% городского и 4% сельского населения используют общую систему обработки сточных вод, 96% сельского населения используют туалеты вне дома. Таким образом, доступность достигается большинством населения, но аспект качества жизни должен быть усовершенствован. Детали приведены в «Главе 15.3. Санитария и гигиена».

(3) Питание и продовольствие

До настоящего времени проблема питания является основной угрозой для матерей и детей. Это вызывает привыкание к недостаточному питанию и несбалансированной диете. Согласно отчетам ЮНИСЕФ и ВОЗ, около 30% детей страдают задержкой развития, 5% детей страдают недостатком в весе и около 20% детей обладают слишком малым весом. Также около 60% женщин фертильного возраста и 70% детей до 5 лет страдают анемией. С точки зрения питательных веществ, частота заболеваний щитовидной железы составила более 40%, 60% населения страдает от недостаточности йода, около 40% населения Каракалпакстана страдает недостатком витамина А.

В качестве одного из решений данной проблемы, для устранения недостатка питания у новорожденных строго рекомендовано грудное вскармливание. В Узбекистане имеются предпосылки для традиционного грудного вскармливания, что облегчает проведение мероприятий в данной области.

С точки зрения питания, его качество гарантируется «актами качества и безопасности питания». В целом, создается впечатление того, что население обеспокоено качеством питания. Санитарный контроль является функцией СЭС, однако данное ведомство не обладает достаточным лабораторным оборудованием, так как проверки, проводимые в ресторанах, заводах или рынках либо осуществляются нерегулярно или до сих пор не введены.

(4) Охрана материнства и детства

Вопрос охраны материнства и детства является главным острым вопросом для Министерства Здравоохранения в области первичного здравоохранения в связи высоким уровнем материнской и младенческой смертности. Данная область будет изучена более подробно в «Главе 15.2. Охрана материнства и детства».

(5) Планирование семьи

С точки зрения планирования семьи, основными являются вопросы промежутка между родами, методы контрацепции и профилактические осмотры. Роль аборт

являлась методом контроля рождаемости. Современные безопасные и эффективные методы контрацепции заменяют аборты. Более половины женщин пользуется современными контрацептивами, а также внутриматочными спиралями (ВМС), пользующимися большим спросом (UNFPA). Приобретение данного вида контрацепции возможно в аптеке либо в медицинском учреждении. Также наблюдается широкое применение презервативов, однако это зависит от контрацепции с женской стороны, чем с мужской.

Таблица 11.1 Количество абортов и использование контрацептивов (1998-2000)

	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Использование контрацептивов	61,8	55,7	—
Общее количество абортов	74 500	66 065	61 893
Количество абортов по возрастам <15	15	13	9
15<19	4 929	3 950	3 316
20<34	54 783	49 555	46 668
35<	14 783	12 547	11 900
Количество родов (включая мертворожденных)	550 600	541 100	523 000

Источник: Мужчины и женщины Узбекистана (2002 г.), Государственный департамент статистики Министерства Макроэкономики и Статистики Узбекистана
Охрана репродуктивного здоровья в Республике Узбекистан (2000 г.), UNFPA

(6) Иммунизация

Сфера вакцинации детей остается на высоком уровне, главным образом, более 97% каждой вакцинации и должна поддерживаться самопроизвольно. Узбекистаном в данной области получен сертификат о ликвидации полиомиелита. Таким образом, улучшение качества вакцинации является важным вопросом для Узбекистана, например, укрепление тщательной регистрации рождаемости и безопасная вакцинация с использованием одноразовых шприцев и безопасных устройств для игл. Кроме того, в сельской местности необходимо содержание хладовой цепи (cold chain) для обеспечения безопасного хранения. В нижеследующей таблице приведена сфера действия инфекционных заболеваний.

Таблица 11.2 Количество зарегистрированных заболеваний (2000 г.)

	Дифтерия	Коклюш	Столбняк	Корь	Краснуха	Полиомиелит
Город Ташкент	4	41	0	22	64	0
Андижанская область	0	17	0	0	15	0
Бухарская область	0	1	0	0	34	0
Джизакская область	0	1	0	5	36	0
Кашкадарьинская область	0	1	0	0	2	0
Навойская область	0	0	0	29	22	0
Наманганская область	0	7	0	2	6	0
Самаркандская область	0	2	0	2	38	0
Сурхандарьинская область	0	0	0	0	7	0
Сырдарьинская область	0	0	0	2	37	0
Ташкентская область	0	1	0	5	97	0
Ферганская область	0	0	0	1	71	0
Хорезмская область	0	0	0	0	18	0
Республика Каракалпакстан	0	0	0	1	7	0
Итого	4	71	0	69	454	0

(7) Контроль эндемических заболеваний

Технические аспекты проведения наблюдений, записи и сбора данных, обработки данных и измерения частоты среди населения должны быть идентичны в каждой области, вызывающей беспокойство эпидемиологов. Однако, системы скрининга недостаточно в связи с нехваткой технологий, кадрового потенциала и концепции информационной системы здравоохранения.

Например, повторное выявление туберкулеза представляет серьезную угрозу для возрастной группы работоспособного населения и детей. Для населения скрининг в качестве периодической проверки состояния здоровья не запланирован, только пациенты с выявленным диагнозом отправляются и содержатся в туберкулезных учреждениях. Наличие опухоли на ранней стадии также может быть установлено диагнозом. В соответствии с нижеследующими таблицами, прослеживается целевая возрастная группа и необходимость в получении раннего лечения является очевидной.

Таблица 11.3 Заболеваемость активной формы туберкулеза по возрастным группам в 2000 г.

Возраст	Женщины (%)	Мужчины (%)
0 < 14	14,9	12,9
15 < 17	5,0	4,2
18 < 34	42,4	43,7
35 < 64	31,9	34,5
65 <	5,8	4,7
Всего	100,0 (6,6 тыс.населения)	100,0 (9,6 тыс.населения)

Источник: «Мужчины и женщины Узбекистана» 2000 г. Государственный департамент статистики Министерства Макроэкономики и Статистики Республики Узбекистан

Таблица 11.4 Заболеваемость онкологических болезней по возрастным группам в 2000 г.

Возраст	женщины (%)	Мужчины (%)
0 < 14	2,4	3,6
15 < 17	1,0	1,8
18 < 34	27,4	18,9
35 < 64	38,7	38,7
65 <	30,5	37,0
Всего	100,0 (9,4 тыс.населения.)	100,0 (8,3 тыс.населения.)

Источник: «Мужчины и женщины Узбекистана» 2000 г. Государственный департамент статистики Министерства Макроэкономики и Статистики Республики Узбекистан

(8) Общие заболевания и необходимые лекарственные препараты

Доноры оказывают поддержку в стандартизации необходимых лекарств и их поставок согласно реформе логистики. Всемирный Банк предпринимает действия по обеспечению пакетом необходимых лекарств в своих пилотных областях, также ВОЗ внедряет стандарты качества необходимых лекарств. Детали приведены в «Главе 9 Логистика поставки лекарственных препаратов».

11.1.4 Проекты «Здоровье-1 и -2» Всемирного банка

Со времени начала проекта «Здоровье-1» в 1998 г., наблюдался прогресс в усовершенствовании СВП в течение пяти лет, а также образование должностей ВОП и медсестер. Проект состоит из 3-х компонентов: (1) укрепление услуг по первичному здравоохранению в сельской местности, (2) подготовка врачей общей практики (ВОП) и универсальных медсестер и (3) укрепление финансовой базы и управления. Этот проект направлен на сельскую местность с более чем 60% от общего населения страны. Цель проекта находится в процессе достижения. В

пилотных областях, таких как Ферганская, Сырдарьинская и Навоийская области, осуществляется поставка необходимых лекарств, наблюдается улучшение проведения диагностики в первичном здравоохранении, снижается количество направлений пациентов в районные больницы, начинается пропагандирование здорового образа жизни, медицинские центры по подготовке ВОП готовы начать работу на студенческом уровне программы подготовки ВОП.

Целью проекта «Здоровье-2» является расширение национальных программ в каждом из трех компонентов. В дополнение, в проект «Здоровье-2» будут включены новые компоненты общественного здравоохранения: (4) разработка новых должностей в инфраструктуре общественного здравоохранения и объемов для адресации инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД и туберкулез и (5) управление проектом, включая мониторинг и оценку.

«(4) разработка новых должностей в инфраструктуре общественного здравоохранения и объемов для адресации инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ/СПИД и туберкулез» планирует укрепление структуры/рамки новых сотрудников общественного здравоохранения и финансирование некоторых поставок оборудования. Кроме этого, будет осуществляться разработка стратегии по ВИЧ/СПИДу, такая как разработка политики, подготовка и образование в сфере здравоохранения, а также Непосредственно Наблюдаемое Лечение – Программа краткосрочного обучения (DOTS). Запланировано привлечение стратегических партнеров (средства массовой информации, знаменитостей, религиозных лидеров, лидеров в области бизнеса и среди населения) на уровне населения, а также кампании по информированности молодежи (на национальных уровнях и уровнях населения, включая школы). PLWHA также будет мобилизовано в мероприятия по предохранению с целью «очеловечения» вопросов ВИЧ/СПИДа. Медицинские работники будут оказывать поддержку услугам здравоохранения, таким как обеспечение разовыми шприцами и перчатками. Необходимы институциональные изменения и функциональная интеграция лечения туберкулеза по программе DOTS в первичное здравоохранение с внедрением целевых уязвимых групп с целью укрепления системы переадресации.

«(5) Управление проектом, включая мониторинг и оценку» будет разработан, выполнен и связан с процессом PRSP, а также долгосрочным фокусированием на достижении целей развития тысячелетия.

11.2 Действия общины, направленные на охрану здоровья

11.2.1 Статус общины

(1) Профиль уровня жизни

Согласно оценке уровня жизни, проведенной Всемирным банком в 2003 году, более 25% населения может быть охарактеризовано как бедное и треть его как чрезвычайно бедное*, несмотря на улучшение за последнее десятилетие таких показателей здоровья, как продолжительность жизни, младенческой смертность, доступ к чистой питьевой воде и уровень грамотности. В этом докладе указано, что в Кашкадарьинской, Наманганской областях и Республике Каракалпакстан более высокий уровень бедности по сравнению с национальным уровнем, и 40% населения этих мест является бедным.

Основное изучение, проведенное ЛСА в 6 областях, дает аналогичный результат, почти 90% выбранных в Каракалпакстане имеют средний доход менее 10 000 сумов/месяц, а 66% выбранных в г. Ташкент имеют средний доход более 20 000 сумов/месяц. Основными источниками дохода являются: зарплата, поступления от занятия сельским хозяйством и пенсия. Бедное сельское население в основном занимается сельским хозяйством, и его зарплата очень низкая и не регулярная. Структура хозяйств показывает, что в основном семьи состоят из 4-6 человек, а в сельской местности более этого. Свыше 60% интервьюированных имеют законченное среднее образование. Но это не помогает им найти работу с высокой оплатой. Только люди, получившие диплом о высшем образовании, имеют возможность получить высоко оплачиваемую работу в городе, и этот разрыв увеличивается. 80% семей имеют свое собственное жилье, за исключением города Ташкент. В основном это квартиры в городской местности или отдельные дома в сельской местности. Собственные дома построены из кирпича или глины. Доступ к электроэнергии составляет более 95%, однако, часто случаются перебои в подаче электроэнергии. Сеть центральной газовой системы широкая, однако, 20% населения Каракалпакстана пользуются только дровами. Кроме Ташкента и Ташкентской

* Уровень бедности относительно потребления продуктов питания установлен через расчеты стоимости потребительской корзины, которая обеспечивала бы 2100 кал/день. Величина уровня бедности относительно потребления продуктов питания составляет 3601 сумов (окт. 2000 года). Потребительская корзина основывается на моделях фактического потребления бедным населением и переведена в суммы с использованием цен, с которыми сталкивается бедное население. Уровень экстремальной бедности подсчитан на основе приема калорий, составляющего 1500 кал/день. Уровень экстремальной бедности составляет 2572 сумов (окт. 2000).

области, система центрального отопления охватывает не все население, и часть его использует электрические нагревательные приборы или печи.

(2) Общество

Со времени провозглашения независимости в 1992 году, в рамках национальной политики такая общинная структура, как «махалля», приобрела черты традиционной автономии, с традиционным духом взаимопомощи под руководством лидера махалли. Также махалля является официальной административной единицей в соответствии с Указом Президента, создан «Фонд махалли», а типичная махалля охватывает около 3 000 человек и включает в себя более мелкие, традиционно существовавшие махалли. В каждой махалле существует махаллинский комитет, в его полномочии входит оказание помощи в социальном обеспечении, выдача пособий детям в возрасте до 3 лет*, мониторинг/надзор над семьями в воспитании детей, помощь семьям с низким социальным статусом (уровнем) и выдача пособий пожилым людям (одежда, разрешение на бесплатное лечение в медицинских учреждениях и т.д.). Эти средства выделяются «хокимиатом» (города или района). Пособия на проведение похорон, в связи с рождением ребенка, потерей кормильца, вдовством выплачиваются отделом социального обеспечения. Роль махалли зависит от характера каждой махалли, ее местонахождения и лидера махалли. Конечно, сельские махалли более традиционны и имеют центроостремительную силу, однако без активного участия женщин и молодежи, что делает махаллю обществом, где мужчина доминирует, не возможно достичь быстрого процветания, особенно под новым влиянием запада.

Вследствие недавно начатого осуществления подхода к усилению роли махалли в установлении приоритетов здравоохранения, принятии решений, планировании и стратегии выполнения, здравоохранительные органы, включая доноров, уделяют большое внимание значению махалли. Однако, такой подход должен учитывать характерную устойчивость махалли. Способность лидера махалли быстро применяться к обстановке является важным условием, его/ее (женщины-лидеры редко встречаются в традиционной махалле) кооперация и понимание являются необходимыми аспектами. Если лидер доминирует в общине как автократ, необходимо, обратить внимание на то, чтобы он не утратил своего лидерства и полномочий, иначе он становится барьером и препятствием из-за своего опасения потерять авторитет.

* Пособие для детей в возрасте до 3 лет выплачивается матерям независимо от того, работают они (в этом случае матери получают пособия по месту их работы) или нет (в этом случае дома).

Общая рекламно-пропагандистская деятельность, такая как пропаганда, проблемы окружающей среды, санитарии и гигиены, образовательные здравоохранительные кампании, может дать значительные результаты при наличии сильного лидера. Однако, деликатные вопросы здравоохранения, такие как вопросы, связанные с сексуальным воспитанием в противовес традиции, или расхождения между поколениями должны пропагандироваться с осторожностью. Опыт семинаров в СВП с участием общины обнаружил некоторые тенденции:

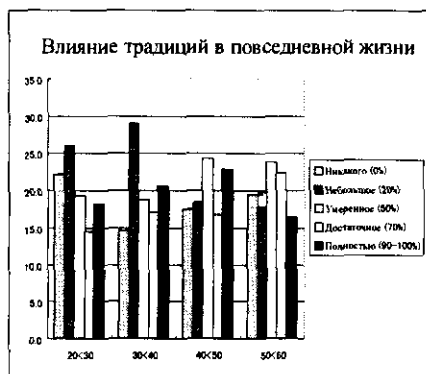
- В присутствии медицинского персонала СВП представители общины стеснялись говорить о недостатках услуг здравоохранения.
- В присутствии старших членов общины молодые участники стеснялись говорить о сексуальных вопросах.
- В присутствии женщин старшего возраста, молодые женщины стеснялись говорить о бремени неоплачиваемой домашней работы, риске заболевания анемией и планировании семьи.

Рекомендуется, чтобы проблемы репродуктивного здравоохранения и планирования семьи вместе с вопросами использования контрацепции, контроля ВИЧ/СПИД и заболеваний передаваемых половым путем обсуждались в фокусных группах для того, чтобы убедить их и чтобы это стало осуществимой программой. Что касается аспектов, связанных с разрывом между поколениям и советской эпохи и послесоветской эпохи, то имеется гендерный разрыв в патриархальной системе. Таким образом, фокусные группы должны делиться на мужчин, женщин, а также на возрастные группы от младшего подросткового возраста до возраста моложе среднего (например, от 15 до 35 лет), которые находятся под давлением семьи и имеют мало опыта, но легко воспринимают новые идеи, а также на группу среднего возраста от 36 до 50 лет, которые родились в послесоветском периоде и все еще гибки в своем восприятии, и на группу людей старшего возраста, старше 50 лет, которые, по всей видимости, стоят за соблюдение традиций и скучают по бывшей системе.

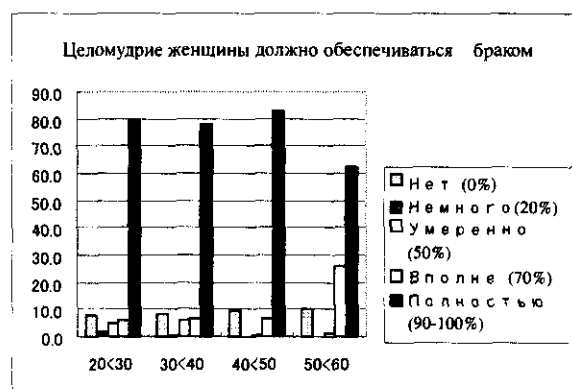
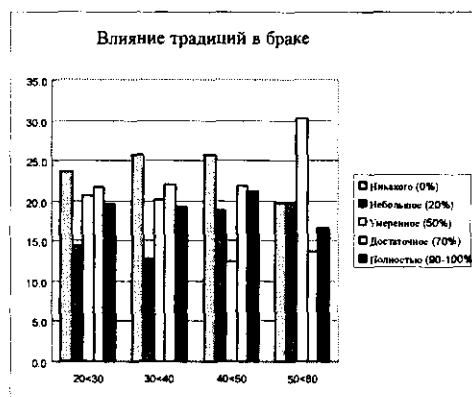
(3) Традиция

На узбекские традиции оказывает мягкое влияние ислам, и в большей степени азиатская и сельскохозяйственная среда. Нижеприведенные диаграммы показывают отношение каждого поколения от двадцати до шестидесяти в 6 пилотных областях: Бухарской, Ферганской, Навоийской, Самаркандской, Ташкентской и Республике

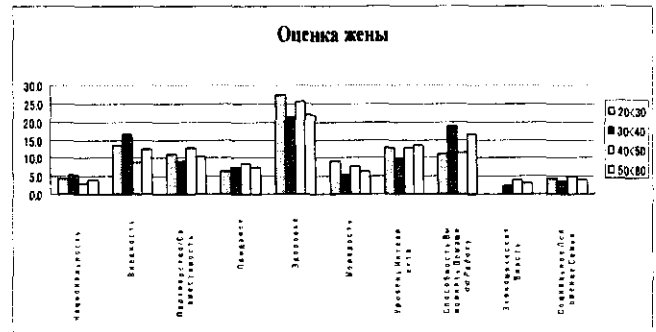
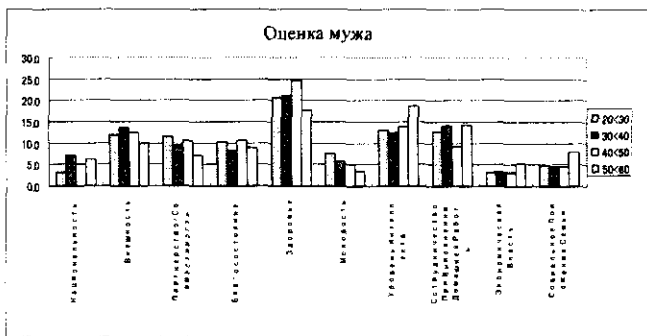
Каракалпакстан. Объем выборки составил 461 человек. В настоящее время влияние социализма не распространяется, в частности, на двадцатилетних, которые родились в 80-е годы двадцатого столетия и позднее. Насколько одно поколение идет вперед, настолько другое поколение остается его приверженцем.



Нет значительного влияния традиций и религии на поколение, однако, только 20% отрицали полное отсутствие влияния в каждом поколении, а большинство сказала, что традиция оказывает некоторое влияние на их повседневную жизнь. Быть мусульманином не является важным вопросом в семейной жизни, но традиция оказывает сильное влияние даже на молодое поколение в вопросах женитьбы или семейной жизни.

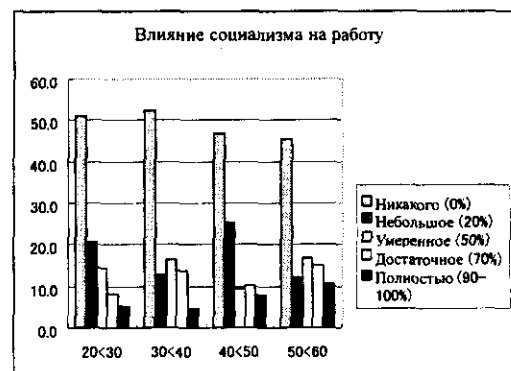


В соответствии с выбором брачного партнера, родители несут ответственность за семью и ищут социальную этническую, религиозную, классовую гомогенность (однородность), учитывая место проживания. Это мог бы быть образец идеальным сочетанием, однако, люди, по-видимому, ищут брачную партнершу здоровую, способную выполнять домашнюю работу и умную.



Одновременно существует психологическое давление в обществе относительно того, какой «должна быть женщина». Эта тенденция наблюдается как у представителей разного пола, поколений, так и в разных регионах. Конечно же, такой «консервативный» менталитет находится под влиянием традиций и религии, и этот социальный критерий сильно воздействует на оценку женщины и замужества.

Вследствие социально-экономических переходов со времени провозглашения независимости, быть трудоустроенным является фактором жизни, а возможностей найти работу становится меньше, чем раньше. В настоящее время большинство людей больше не находится под влиянием системы социализма в их работе, а традиция больше влияет на рабочих условиях. Не проводилось детального обследования относительно этого, и, например, пост (Рамадан) может быть приведен в качестве одного из примеров.



С другой стороны, большинство населения видят социальные перемены особенно в различиях условий работы. Тем, кому за сорок ощущают это сильнее, чем другое поколение, это подразумевает разницу в зарплате, высокий уровень безработицы и введение принципов конкуренции на рынке и даже в сельском хозяйстве.

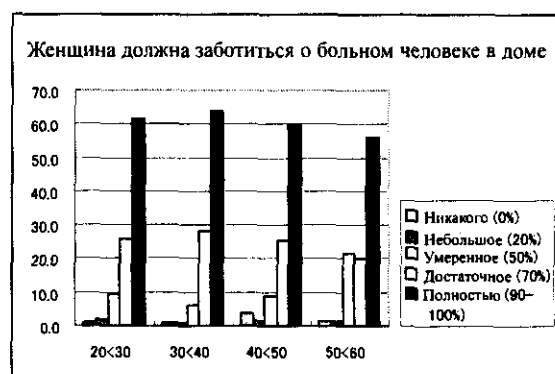


(4) Гендерный вопрос

В своей национальной политике правительство настойчиво добивается достижения гендерного равноправия, и с этой целью им были разработаны программы «Год семьи» в 1998 г. и «Год женщин» в 1999 г. для принятия многих решений для поддержки интересов и нужд женщин. Достижения в уровне образования и занятости не менее успешны, чем равенство возможностей при социализме. Экономические трудности толкают женщин на рынок, и женщины вносят свой вклад в семейный бюджет.

С другой стороны, узбеки составляют 80% всего населения, и узбекские традиции в основном поддерживаются женщинами. Другими словами, женщины выполняют функцию передачи традиций другим поколениям. Такая культура поведения оказывает не только экономическое влияние, но также влияет на улучшение здоровья. Традиционно, женщины играют роль в семейных вопросах, таких как семейные события, воспитание детей и работа по дому. Женщины трех разных возрастных групп осуществляют разную деятельность в семье относительно традиционных и религиозных обрядов. К женщинам старшего возраста (старше 55 лет) проявляется уважение, и они дают советы относительно проведения церемонии. Женщины среднего возраста (от 40 до 50 лет) принимают практическое участие в событиях, а молодая группа женщин (до 40 лет), которые недавно вышли замуж, делают всю физическую работу. Эта тенденция выявлена в результате проведенного основного изучения как проявление их менталитета относительно разделения работы.

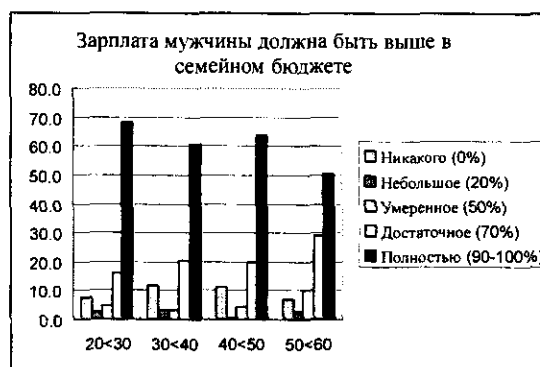
Сами женщины подразделяют работу на домашнюю, работу по хозяйству (включая обработку земли) и заботу о семье. Эта философия проникает в молодые поколения и способствует отрицательному отношению к постоянной работе женщин вне дома.



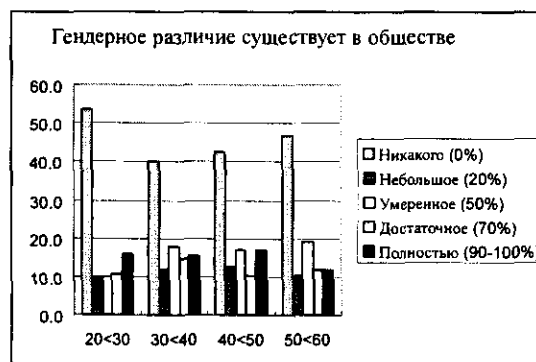
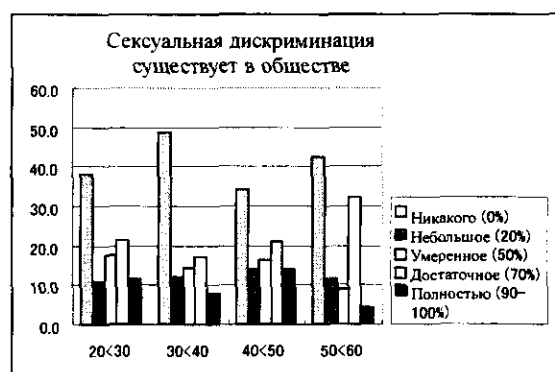
С другой стороны, в патриархальной системе ожидается, что мужчина должен быть главой семьи. Под влиянием таких ожиданий воспринимается образ мышления, что мужчина должен работать вне дома, семья зависит от его зарплаты. Это порождает неравенство в зарплатке между представителями разного пола. Однако высокий уровень безработицы и необходимость воспитания детей сдерживает возможности для женщин работать постоянно вне дома. По сравнению с городской местностью, уровень фертильности выше в сельской местности, и это факт заставляет женщин в сельской местности оставаться дома.

Кроме того, представители обоего пола убеждены, что муж получает доход за свою работу. Это подразумевает, что работа по дому является неоплачиваемой работой, и статус женщины является низким в обществе. Во время обследования респонденты дали такие примеры: 49% женщин принимают решения вместе со своим мужем, 27% принимают самостоятельное решение и 3% принимают решение вместе с другими людьми. 12% респондентов заявили, что их мужья распоряжаются деньгами, заработанными женами. Только женщины в г. Ташкент и незамужние женщины самостоятельно принимают решения относительно использования заработанных денег.

Способность женщин влиять на здоровье и единство семьи частично зависит от ее способности зарабатывать деньги. Но фактически, зарплата женщин составляет в среднем 80% от зарплаты мужчин, таким образом, ее вклад в семейный бюджет и влияние меньше.



Равенство полов можно увидеть в их менталитете и социальном восприятии. В общем люди осведомлены о равных правах обоего пола, однако, хотя они и доведены до их сведения, женщины не в достаточной степени осведомлены о своих правах, и не имеют желания настаивать на своих правах, а механизмы наделяния правами не являются адекватными.



В соответствии с пропагандой здорового образа жизни, право на здоровье может быть социальным, культурным, психологическим или политическим процессом, через который отдельные люди и социальные группы имеют возможность выразить свои потребности и озабоченности. В этой связи, роль женщин может быть велика для регулирования семьи и общества. В противоположность этому, эти женщины находятся под давлением традиций, намеренных препятствий и ограничений свободного использования денег.

(5) Динамика обращения за медицинской помощью

Плохое здоровье и питание являются следствием не только плохого доступа и качества услуг здравоохранения, но также следствием экономических барьеров, таких как низкий уровень дохода и высокая стоимость медицинских услуг, а также традиционной культуры.

Даже население, которое не относится к бедному населению, может обеднеть

вследствие значительных медицинских затрат на лечение хронических заболеваний. В своем отчете Всемирный банк сообщает, что для семей с хроническими больными или инвалидами, средние медицинские затраты по отношению к затратам на еду составляли два с половиной раза больше для групп второго и третьего уровня доходов. Имея такие высокие затраты, многие бедные люди и люди, по своему статусу, приближающиеся к бедным, тратят свои сбережения, берут деньги в долг, продают свое имущество, ограничивают свои ежедневные расходы и откладывают обращение или стараются вовсе не обращаться за медицинской помощью.

Индивидуальный образ жизни характеризуется идентифицируемыми поведенческими моделями. Динамика обращения за услугами здравоохранения может быть охарактеризована как содействующая, защищающая и поддерживающая индивидуальное состояние здоровья. В таблице 11.5 показаны первичные причины обращения 461 пациента медучреждений (как СВП, районные и областные больницы) в 6 областях. Большинство пациентов обращается за услугами здравоохранения, когда они заболевают, следовательно, их стремление обратиться за медицинской помощью превышает рискованную тенденцию, направленную на обращение к услугам здравоохранения в случаях особых заболеваний и профилактики заболеваний.

Table 11.5 Первичная причина обращения в медицинское учреждение

(ед.:%)

Зачем вы пришли сюда?	Бухар. обл	Ферган. обл.	Каракал-пакстан	Навои. обл.	Самар. обл	Ташкент. обл.	г. Ташкент	Всего
Болезнь	88,8	88,8	83,5	80,7	75,0	72,4	83,7	83,3
Проверка здоровья	8,8	7,9	12,7	10,2	25,0	3,4	11,6	11,3
Несчастный случай								
Случайная/внешняя причина	0,0	3,4	3,8	2,3	0,0	13,8	4,7	3,0
Другое	2,5	0,0	0,0	6,8	0,0	10,3	0,0	2,4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Источник: Изучение ИСА, 2003

Критерии доступности зависят от местонахождения медицинского учреждения, доверия врачам, и надежности лечения, включая обеспечение лекарствами. С созданием СВП в Ферганской и Навоийской областях, доступность возросла. С другой стороны, критерии могут меняться при наличии большого выбора, как, например, в г. Ташкент. Необходимость хождения пешком в течение 15-30 минут и стоимость проезда от 200 до 500 сумов были основными ответами. В среднем частота

посещения СВП или поликлиники составляет менее пяти раз, а основной причиной являются боль в животе, температура и простуда, а хронические болезни сердца, почке или травмы явились основными причинами для обращения за медицинской помощью в районную больницу.

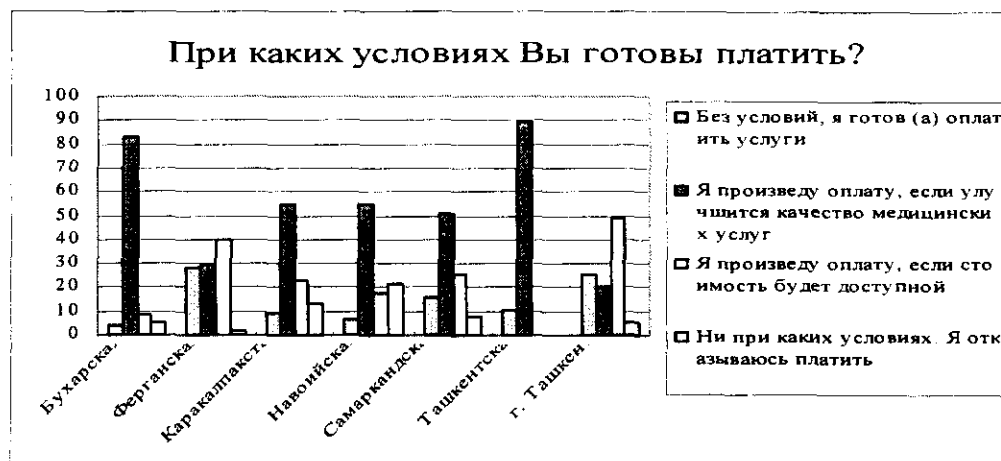
В противоположность обследованию больных, результаты обследования хозяйств показывают, что обычно население пользуется медицинскими услугами, включая тех, кто не ходит в медицинские учреждения. Аптека является первым местом обращения за услугами здравоохранения, наряду с СВП или поликлиниками. В среднем частота обращения достигает почти 80%.

Также услуги здравоохранения определяются в зависимости от уровня заболевания. Пользователи медицинских услуг признают, что в случае травмы или внезапной болезни они обращаются в станции скорой помощи, в случае тяжелых или хронических болезней в районные больницы, а в случаях, связанных со здоровьем ребенка или матери, в СВП/ поликлинику или районную больницу.

Качество услуг здравоохранения и уровень удовлетворенности ими были в основном удовлетворительными (см. таблицы 11.2, 11.3, 11.4, 11.5 и 11.6 в Аппендиксе), но эти субъективные ответы могут явиться результатом того, что пациенты еще не встречались с надлежащим лечением. Еще остаются неравные отношения между врачом и пациентом, и без настойчивого по праву требования пациента получить медицинскую информацию, пациент может получить пассивную или одностороннюю консультацию.

Также обследование домохозяйств показало, что медицинские пункты не оправдывают ожидания вследствие недостатка лекарств и диагностического оборудования в аптеках, СВП, поликлиниках или родильных домах.

Качество услуг здравоохранения в разных случаях влияет по-разному на пациентов. В случае, когда медицинские услуги отвечают требованиям, пациенты готовы платить за них, а когда наоборот, то консультативные медицинские услуги становятся платежным бременем.



Обследование домохозяйств показывает, что при улучшении качества здравоохранения, затраты бенефициаров на услуги здравоохранения составят менее 10 000 сумов в год. Однако затраты на медицинские услуги уже являются тяжелым бременем, и бедные группы населения склонны не обращаться за ними для того, чтобы сэкономить свои деньги. Они не могут позволить себе даже затраты на медицинские услуги в 1 000 сумов в месяц на некоторые важные лекарства, такие как антибиотики, а если уровень чрезвычайной бедности составляет менее 2 600 сумов в месяц, то эти затраты на услуги здравоохранения составляют около 40% от этой величины. Такая ситуация представляет собой порочный круг, когда бедная часть населения является наиболее подвержена неадекватному состоянию здоровья.