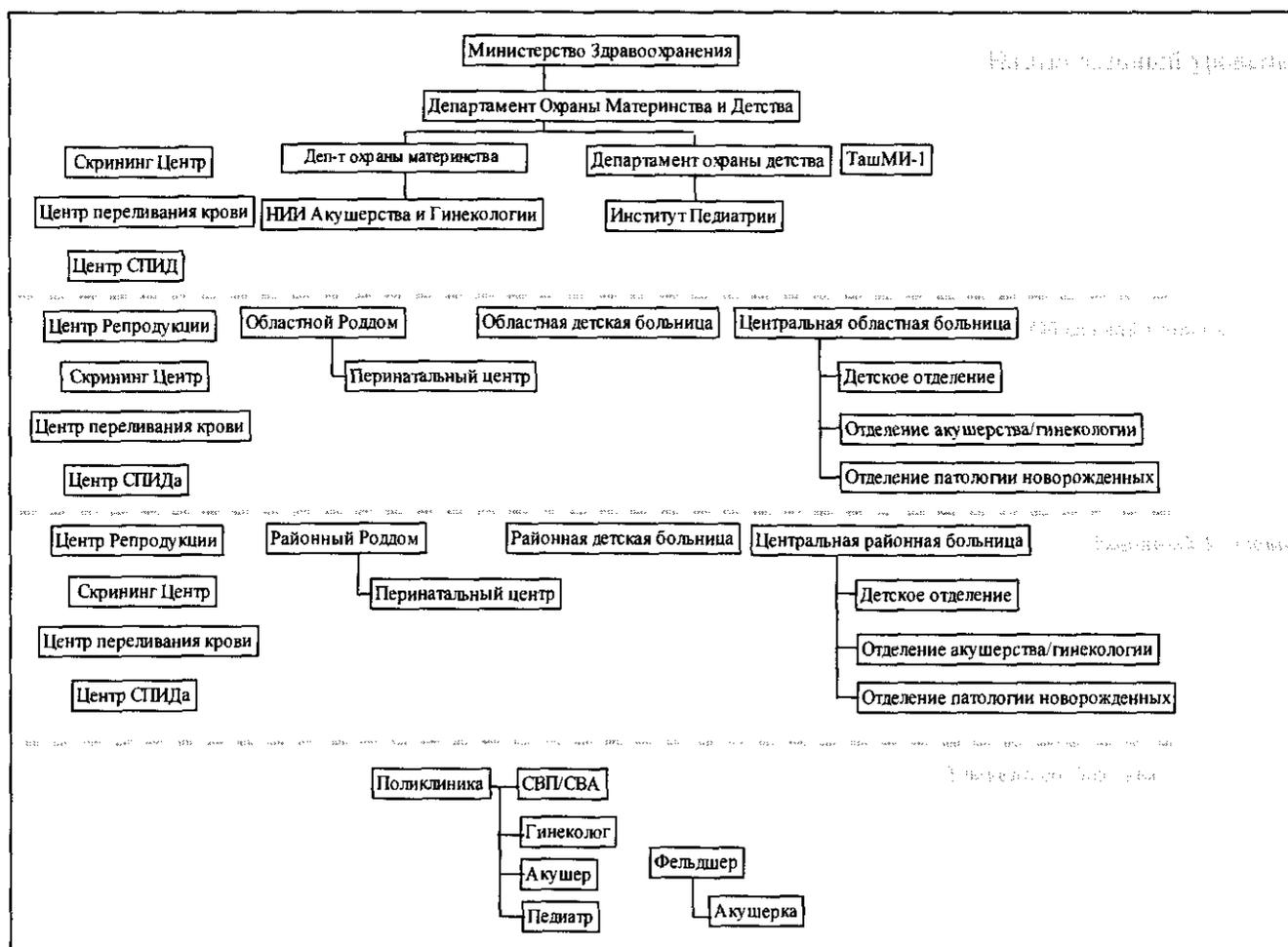


11.3 Охрана материнства и детства

11.3.1 Организация и управление

(1) Организация

Отдел родовспоможения и отдел детства находятся в ведении начальника Главного управления по охране материнства и детства, в компетенцию которого также входят вопросы планирования семьи. Данные вопросы тесно связаны с каждой из стадий профилактики, безопасных родов и специфичной помощи, как показано на нижеследующей организационной структуре.



(2) Институциональное управление

1) Главное управление охраны материнства и детства

Определяя стратегию и тактику, данное управление разрабатывает нормативные документы по данной области и проводит мероприятия, направленные на выполнение директивных документов действующего законодательства по оказанию практического,

организационного и методического содействия учреждениям и подразделениям здравоохранения. Наряду с этим, существенными вопросами является улучшение качества медицинских услуг, предоставляемых матерям и детям за счет внедрения достижений науки и техники в практическую деятельность. Взаимодействие с международными организациями в сфере охраны материнства и детства является одной из важнейших задач, обеспечивающей выполнение совместных программ, проектов и грантов. В недавнем времени сотрудники департамента принимали участие в определении нужд родовспомогательных и детских учреждений в лекарственных средствах, медицинском оборудовании.

2) Научно-исследовательский институт педиатрии

Целью института является проведение научных, лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, направленных на снижение младенческой и детской заболеваемости и смертности. Институт оказывает методическое, научное и практическое содействие детским учреждениям.

3) Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

НИИ акушерства и гинекологии является учреждением республиканского уровня, предоставляющим специализированную высоко-квалифицированную больничную, а также консультативную и амбулаторную медицинскую помощь женщинам страны. Целью данного института является проведение научно-исследовательских работ в сфере охраны здоровья матери и ребенка. Институт оказывает организационное и методическое, а также научное и практическое содействие родовспомогательным учреждениям Республики. Областные филиалы института являются его структурными подразделениями и выполняют те же функции, что и институт государственного значения.

4) Республиканский центр скрининга

Республиканский центр скрининга расположен в городе Ташкенте. Региональные филиалы центра находятся в городах Нукус, Андижан, Фергана, Наманган, Самарканд, Карши, Термез и Бухара. В настоящее время филиалы осуществляют деятельность по образованию аналогичных центров в городах Ургенч и Навои. Деятельность центра скрининга направлена на раннее выявление врожденных и других видов патологий у беременных женщин и новорожденных путем проведения скрининговых исследований с целью предупреждения врожденных аномалий

развития.

5) Республиканский перинатальный центр

Основной деятельностью является проведение научно-исследовательских, лечебно-диагностических а также профилактических мероприятий, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, оказание квалифицированной хирургической помощи новорожденным с различными врожденными патологиями развития.

6) Клиники Ташкентского медицинского института

Деятельностью является оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи детям, поступающим со всех регионов страны.

7) Республиканский центр госсанэпиднадзора (ЦГСЭН)

С целью обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения страны, Центр организывает и проводит санитарно-гигиенические, профилактические и противоэпидемические мероприятия. Таким образом, эпидемиологические данные, как, например, уровень смертности, относящийся к вопросам охраны материнства и детства, направляются в СЭС.

11.3.2 Положения и стратегия

(1) Цели развития-тысячелетия

Декларация Тысячелетия была принята Генеральной ассамблеей ООН в сентябре 2000 года после проведения конференции “Здоровье для всех 2000”. Среди восьми принципов были выделены две цели по вопросам охраны материнства и детства:

- Снижение детской смертности: снижение смертности среди детей во возрасте до пяти лет на две трети по уровню 1990 года к 2015 году
- Снижение материнской смертности: снижение материнской смертности на две трети по уровню 1990 года к 2015 году

Данные цели установлены для всех и было бы хорошо следовать общим целям. Например, показатель материнской смертности составлял 51,0 на 100 000 случаев живорожденных в 1992 году, а затем стал 34,5 в 2000 году. Показатель указанной

цели составляет 38,3 и для Узбекистана эта цель кажется осуществимой в настоящее время. Тем не менее, основным значением является не достижение показателя, а признание неотъемлемых факторов. Правительство Узбекистана должно установить собственную приемлемую цель в соответствии с изменением данных показателей смертности.

(2) Указы Президента

Охрана материнства и детства стала приоритетным направлением. Также началось осуществление программ, таких как «Скрининг матери и ребенка», «Здоровое поколение», «Мать и Дитя», а также осуществление программы по «Дополнительным мерам по улучшению здоровья матери и ребенка». Кроме этого, также проводится выполнение донорами таких программ, как интегрированное ведение болезней детского возраста (ИБДВ), расширенная программа по иммунизации (РПИ), безопасное материнство, грудное вскармливание, контроль за питанием и недостатком микроэлементов, планирование семьи.

Блок 11.2

Реформы Здравоохранения (1998-2005 гг.)

Дальнейшее развитие услуг по охране материнства и детства включает следующее:

- Интеграцию детских и родовспомогательных учреждений.
- Улучшение обеспечения безопасности материнства и состояния здоровья женщин фертильного возраста.
- Улучшение оказания услуг первичного здравоохранения женщинам, беременным женщинам и детям.
- Создание региональных центров скрининга матери и ребенка с целью улучшения ранней диагностики врожденных и других заболеваний у беременных женщин и детей, тем самым предотвращая случаи врожденной инвалидности.
- Развитие специальных центров медицинской генетики для обследования женщин и детей.
- Реструктуризацию и улучшение качества педиатрической помощи.

Источник: Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан, 2002 год

(3) Постановления Министерства Здравоохранения

Главное управление по охране материнства и детства Минздрав располагает шестью основными концепциями, утвержденными Постановлением Кабинета Министров №32 от 2002 года:

- Репродуктивное здоровье, его профилактика и контроль.
- Улучшение скрининга матерей и детей с помощью ультразвукового оборудования в центрах скрининга.
- Поставка оборудования в учреждения по охране материнства и детства.
- Организация системы поставки крови.
- Образование населения и переподготовка медицинских работников.
- Образование подростков в школах.

Также следующие постановления являются существенными для объединения медицинской помощи в области материнства и детства.

- “О создании государственной системы раннего выявления врожденных и других видов патологий у новорожденных и беременных женщин с целью предотвращения рождения инвалидов с детства” – «Скрининг Матери и Ребенка», № 140 от 1998 года
- “Здоровое поколение”, № 46 от 2000 года
- “Мать и Дитя”, № 68 от 2001 года
- “О мерах по выполнению приоритетных направлений по улучшению медицинской культуры семьи, укреплению здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения”. № 242 от 2002 года

(4) Целевые программы

Большинство выполняемых программ проводится во взаимодействии с донорами. В нижеследующей таблице приведены цели и виды деятельности.

Таблица 11.6 Программы, координируемые донорами

Международные организации	Целевой год	Целевая область	Деятельность
ЮНИСЕФ	2000-2004	Андижанская и Ферганская области, Республика Каракалпакстан	<p>Выполнение программы материнской и детской выживаемости, деятельность, направленная на снижение материнской и младенческой смертности, заболеваемости анемией в связи с недостаточностью железа и нехваткой йода в раннем возрасте. В пилотных областях осуществляются следующие проекты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Безопасное материнство” • “Введение критериев живорожденности” • “Интегрированное ведение болезней детского возраста” • “Поощрение и пропаганда грудного вскармливания” • “Микроэлементы” • “Безопасная иммунизация” • Профилактика анемии • Безопасная вакцинация • “Развитие детей в раннем периоде” • Началась работа по проекту профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку • Поставка вакцин, железосодержащих лекарственных препаратов и медицинского оборудования в рамках проекта
UNFPA	2000-2004	Хорезмская Самаркандская области	<p>Программа направлена на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Укрепление потенциала работников Республиканского репродуктивного центра и его филиалов в Республике Каракалпакстан в области репродуктивного здоровья. • Укрепление потенциала работников первичного звена – ВОП, акушеров-гинекологов и акушеров в двух пилотных областях – Самаркандской и Хорезмской. • Выполнение целей МКНР, проведение мероприятий по следующим: <ul style="list-style-type: none"> • Планированию семьи • Безопасному материнству • Профилактике венерических заболеваний и ВИЧ/СПИДа • Репродуктивное здоровье молодежи • Скрининг бесплодия и заболеваний шейки матки • Образование клинических подразделений Республиканского центра репродуктивного здоровья с медицинским оборудованием стоимостью 70 000 долларов США • Оснащение Республиканского центра репродуктивного здоровья аудио-визуальным оборудованием стоимостью 5 000 долларов США • Поставка контрацептивов • Совместное с ЮНЕСКО выполнение под программой работы с населением по ИОК с дальнейшим обеспечением плакатами, брошюрами и буклетами по репродуктивному здоровью в рамках вышеназванной программы

Международные организации	Целевой год	Целевая область	Деятельность
ВОЗ		Республика Каракалпакстан	<ul style="list-style-type: none"> • “Безопасное Материнство” • “Интегрированное ведение болезней детского возраста” • Поощрение и пропаганда грудного вскармливания
Всемирный банк		Ферганская Навоийская Сырдарьинская	<p>Выполнение проекта “Здоровье-1” по укреплению первичного звена медицинских учреждений в сельской местности. В рамки проекта входит:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оснащение СВП современным медицинским оборудованием, а также жизненно важными лекарственными препаратами • Образование центров подготовки ВОП при 5-ти Институтах подготовки ВОП • ВОП подготовлены
Азиатский Банк Развития			<p>Проект “Улучшение питания матерей и детей с ограниченными средствами в странах Центральной Азии в переходном периоде”</p> <p>Проведена поставка технологического оборудования для мукомольного производства. Получен 1 дозатор АИС-250 и дозатор АИС-500, а также 2 тонны смеси для обогащения муки.</p> <p>Подготовлен план поставки оборудования для производства соли (12 йодных машин, 6 упаковочных линий 5400 кг иодида калия). Общий запланированный бюджет составляет 1.2 млн. долларов США.</p>
USAID/ CDC	2003-2004	Ферганская	<p>Выполнение проекта совместно с ЮНИСЕФ</p> <p>Введение критериев живорожденности, рекомендованных ВОЗ</p>
USAID/ ЗдравПлюс	2000-2004	Ферганская Навоийская Сырдарьинская Сурхандарьинская (Андижанская)	<p>Выполнение проекта ЗдравПлюс направлено на поддержание реформ здравоохранения в Республике Узбекистан, особенно в сфере укрепления первичного здравоохранения.</p> <p>Переподготовка ВОП</p> <p>Краткосрочные курсы для ВОП по:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Внедрению Интегрированного Ведения Болезней Детского Возраста (ИВБДВ) • Профилактике анемии и рациональному питанию • Репродуктивному здоровью <p>Разработана усовершенствованная система поставки лекарств и распределения</p> <p>Обеспечение контрацептивами</p> <p>Перевод и публикация кратких руководств ЮНИСЕФ по репродуктивному здоровью</p> <p>Создан Центр по Информации Лекарственных Средств</p> <p>Разработан курс лабораторной диагностики</p>
KfW	2002-2004	Андижанская Бухарская Ферганская Кашкардарьинская Наманганская Сурхандарьинская Ташкентская	<p>Проекты “Репродуктивное Здоровье 1-2” направлены на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение женщин фертильного возраста контрацептивами • Обеспечение медицинских работников и населения информационными материалами по репродуктивному здоровью и ИППП • Снижение распространения ВИЧ/СПИДа в пилотных областях • Центры Репродуктивного Здоровья оснащены

Международные организации	Целевой год	Целевая область	Деятельность
			аудио-визуальным оборудованием в рамках проекта
Проект "ХОУП"		Кашкадарьинская Сурхандарьинская Навоийская	ВОЗ осуществляет проекты в пилотных областях по: <ul style="list-style-type: none"> • "Материнству и Детству" • "Интегрированному ведению болезней детского возраста" (ИВБДВ) • Поощрение и пропаганда грудного вскармливания • "Улучшение репродуктивного здоровья" • Работа с населением по образованию в области репродуктивного здоровья и вопросам пропаганды здорового образа жизни
Врачи без границ		Республика Каракалпакстан	В Республике Каракалпакстан осуществляется программа DOTS по профилактике туберкулеза

11.3.3 Учреждения и оборудование

Деятельность по охране материнства и детства должна осуществляться на каждом уровне учреждений здравоохранения. Учитывая высокий уровень заболеваемости анемией, важнейшими факторами материнской и неонатальной смертности являются система направления пациентов и служба переливания крови. С 1998 года начато создание центров экстренной помощи в каждой области. Тем не менее, нет определенных критериев для распределения сложных экстренных случаев между областным центром экстренной помощи, родовспомогательным и детским учреждениями.

Большинство родов и учет рождаемости должны проводиться в родовспомогательных учреждениях районного уровня.

Учреждения первичного здравоохранения осуществляют диагностику беременности. Недавно образованные центры скрининга осуществляют выявление повышенного риска или патологического течения беременности. Оснащение учреждений первичного здравоохранения началось в процессе реформ СВП, также осуществляется обеспечение пренатального и антенатального ухода, включая визиты на дом. Районные больницы должны быть готовы для принятия матерей с осложнениями либо с ожидаемыми сложными и преждевременными родами, однако наблюдается ситуация с низкой готовностью проведения трудных родов. Отделение реанимации новорожденных (ОРН) создано недавно и находится отдельно от отделения новорожденных. Наблюдается нехватка кюветов и вентиляторов. Также ограничено переливание крови при геморрагическом шоке. Вновь построенные больничные учреждения третичного звена работают эффективно, однако доступность пока остается узкой.

Учреждения первичного звена имеют запас необходимых лекарственных препаратов только для их минимального использования и не в состоянии удовлетворить необходимую массовую потребность в их использовании. Нет четкого руководства для неотложных случаев, за исключением обращения в учреждения вышестоящего уровня. Что касается иммунизации матерей и детей, разработана расширенная программа по иммунизации, и она полностью обеспечивается деятельностью доноров. Для беременных женщин, страдающих анемией, предусмотрено обеспечение таблетками фолиевой кислоты. Ограниченные ресурсы необходимо направить только для групп повышенного риска.

11.3.4 Состояние дел в области охраны материнства и детства в настоящее время

(1) Показатель смертности

В Узбекистане показатели здоровья матери и ребенка, такие как материнская смертность и младенческая смертность, а также рождаемость значительно снизились в последние десять лет согласно официальным источникам.

Таблица 11.7 Изменение материнской и младенческой смертности, а также общей рождаемости (1992-2000 гг.)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
младенческая смертность (девочки)	32,3	27,4	24,5	22,4	21,6	19,8	18,7	17,3	16,6
младенческая смертность (мальчики)	42,2	36,4	31,5	29,3	26,7	25,6	24,7	22,9	21,2
Материнская смертность	51,0	40,6	38,6	32,2	20,7	28,5	28,6	31,2	34,5
Общая рождаемость	4,0	3,8	3,5	3,6	3,3	3,1	2,8	2,7	2,6

Примечание: Младенческая смертность: количество умерших до 1 года на 1 000 живорожденных
 Материнская смертность: количество женщин умерших от осложнений беременности, в родовой и послеродовой период на 100 000 живорожденных

Источник: Мужчины и Женщины Узбекистана (2002 г.), департамент государственной статистики Министерства Макроэкономики и Статистики Республики Узбекистан

1) Младенческая смертность

Определение младенческой смертности производится с использованием критериев живо- и мертворожденности, а также принятием определения ВОЗ. Тем не менее, Узбекистан находится в переходном периоде от использования советских определений, согласно которым ребенок, рожденный после 28 недель беременности,

считается мертворожденным в случае, если отсутствует дыхание, но имеются другие признаки жизни. Выкидышем считается ребенок, рожденный до окончания 28 недель беременности с весом менее 1 000 г. вне зависимости от присутствия дыхания, но с наличием других признаков жизни, с последующей смертью в течение первых 7 дней.

Это означает, что если бы было введено определение ВОЗ, уровень младенческой смертности возрос с 20 до 25%. Таким образом, если младенец умер при наличии сомнений в отношении одного из данных критериев, то для больницы было бы выгоднее ошибочно заявлять, что ребенок был сильно недоношенным, или, согласно международной практике, представлять данные о рождении, как о мертворожденном, так как младенческая смертность была одним из критериев, используемых для оценки работы больницы.

Также нехватка данных о смертности младенцев с малым весом препятствует улучшению здоровья населения.

Таблица 11.8 Определение «живорожденности» по критериям советского периода и ВОЗ

Ребенок, рожденный по окончании 28 недель беременности				
	Отсутствие признаков жизни	Отсутствие дыхания, но наличие других признаков жизни	Смерть в течение первых семи дней	Выживаемость в течение первых семи дней
Советское определение	Мертворожденность		Живорожденность	
Определение ВОЗ	Мертворожденность		Живорожденность	
Ребенок, рожденный по окончании 28 недель беременности или с весом менее 1 000г. либо с ростом меньше 35см				
	Отсутствие признаков жизни	Отсутствие дыхания, но наличие других признаков жизни	Смерть в течение первых семи дней	Выживаемость в течение первых семи дней
Советское определение	Выкидыш			Живорожденность
Определение ВОЗ	Мертворожденность		Живорожденность	

Источник: Обзор Развития Населения, 1986

Согласно недавним исследованиям ЮНИСЕФ о пропорциональности веса новорожденного по категории вмешательства*, существует возможное расхождение пробного расчета между представленными данными по неонатальной смертности и подсчитанными данными по неонатальной смертности. Чтобы выяснить ситуации Узбекистана, приведены данные о смертности по отношению к весам при рождении соседних стран. Данный расчет показывает, что в противовес общим данным о смертности, точнее 3 911 случаям в пилотных областях, подсчитанные случаи в диапазоне от 2 155 до 5 666 были подсчитаны как мертворожденные. Таким образом, среди приведенных показателей, 3 503,5 детей могли бы получить помощь, если бы хорошо развит неонатальный уход. Большое количество расширенных определений мертворожденности снижает уровень неонатальной смертности.

*Оценка по данной категории, горизонтальная строка - это стадия родов, разделяющая на смерть в предродовом периоде (ПП), смерть в родах (СР), ранняя неонатальная смерть (РНС), и поздняя неонатальная смерть (ПНС) и смерть после неонатального периода (ПНП), вертикальный столбец - это вес при рождении разделяется на очень низкий вес младенца при рождении (ОНВР), младенец с низким весом при рождении (НВР) и ребенок с нормальным весом.

Блок 11.3

Таблица А. Пробный подсчет по стадии рождения и весу при рождении в особых случаях смерти в городе Ташкенте

Вес при рождении	ПП	РП	РНС	ПНС	ПНП	Всего умерших
<1500г	8	2	23	9	5	47
1 500-2 499г	36	7	93	37	137	310
>2 500г	117	29	220	86	189	641
Всего	161	38	336	132	331	998

Таблица В. Подсчет количества незарегистрированных случаев смертей в городе Ташкенте

В-1: Показатели при рождении с малым весом

Вес при рождении	Козф.веса при рождении	Кол-во смертей новорожденных ¹⁾	BWSMR	Ожидаемое количество умерших ⁴⁾	Наблюдаемое кол-во умерших	Не зарегистрировано
<1500г	1%	302	700 ²⁾	211	47	164
1500-2499г	5%	1509	350 ³⁾	528	310	218
Всего	6%	1811		739	357	382

В-2: Показатели при рождении с высоким весом

Вес при рождении	Козф.веса при рождении	Кол-во смертей новорожденных ¹⁾	BWSMR	Ожидаемое количество умерших ⁴⁾	Наблюдаемое кол-во умерших	Не зарегистрировано
<1500г	2%	604	700 ²⁾	423	47	376
1500-2499г	10%	3018	350 ³⁾	1 056	310	746
Всего	12%	3622		1 479	357	1 122

1) Кол-во мертворожденных рассчитывается на основе показателя рождаемости (население 30 183)

2) 700 на 1 000 BWSMR для детей с весом меньше 1500г будет наблюдаться смертность в таких странах, как Казахстан

3) 350 на 1 000 BWSMR для детей с весом между 1 500 и 2 499 г

4) Ожидаемое кол-во умерших = BWSMR x кол-во мертворожденных / 1 000

В случае с городом Ташкентом, в противовес наблюдаемому количеству умерших в 357 случаев приблизительно от 382 до 1 122 случаев рассматриваются как не сообщенные данные о неонатальной смертности.

Источник: Исследование младенцев в Узбекистане, 2003 год, ЮНИСЕФ

2) Материнская смертность

Показатель материнской смертности значительно снизился, тем не менее в последние десять лет составляет приблизительно 30 на 100 000 живорожденных. Основной причиной смертности являются кровотечения, токсикоз поздних сроков беременности, септические осложнения и экстрагенитальные (негинекологические) заболевания. Кроме того, операция по кесарево сечению может стать причиной материнской смертности, связанной с геморрагическим шоком либо с низким пересаживанию

плаценты.

Мертворождения и случаи выкидыша не только отрицательно влияют на охрану материнства, но и ослабляют здоровье матерей. Таким образом, даже при проведении родов, следующие обстоятельства отражаются на ребенке.

Таблица 11.9 Количество осложненных родов на 1 000 родов (1998-2000 гг.)

	1998	1999	2000
Анемия	291,5	240,3	240,2
Сердечно-сосудистые заболевания	12,7	6,9	6,6
Диабет	0,1	0,1	0,1
Поздний токсикоз	40,4	40,0	38,2
Уро-генитальные заболевания	33,3	25,6	26,1
Варикозные осложнения во время беременности	6,8	5,6	5,2
Маточное кровотечение в до- и после-родовой период	44,3	61,4	44,2
Патология родовой деятельности	57,0	54,9	53,0

Источник: Мужчины и Женщины Узбекистана (2002), департамент государственной статистики Министерства Макроэкономики и Статистики Республики Узбекистан

(2) Охрана детства

1) Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ)

В Узбекистане приблизительно 12 000 детей умирает, не дожив до пятилетнего возраста, из них 61% не доживет до 2 года. Так, в структуре причин смертности детей в возрасте моложе 5 лет (U5MR) 50% занимают острые респираторные заболевания и пневмонии в 2002 году. Диарея приходится 2% причин детской смертности. 80% таких заболеваний сочетались с нарушениями питания. 50% постнатальной смерти предотвращены.

Дети, поступающие на лечение, обычно страдают от нескольких недугов. Поэтому невозможно поставить один диагноз. Таким образом, ИББДВ является интегрированной стратегией, принимающей во внимание разнообразие факторов, угрожающих здоровью детей в возрасте до 5 лет. Данная стратегия обеспечивает комбинированное лечение основных болезней детского возраста, придавая особое значение профилактике заболеваний посредством иммунизации и правильного питания. Для осуществления данной стратегии планируется вовлечение семей и населения наряду с учреждениями здравоохранения. Тремя компонентами стратегии являются:

- Улучшение навыков медицинского персонала при ведении отдельных случаев.
- Усовершенствование системы здравоохранения в целом
- Улучшение практики, имеющейся в семье и махалле

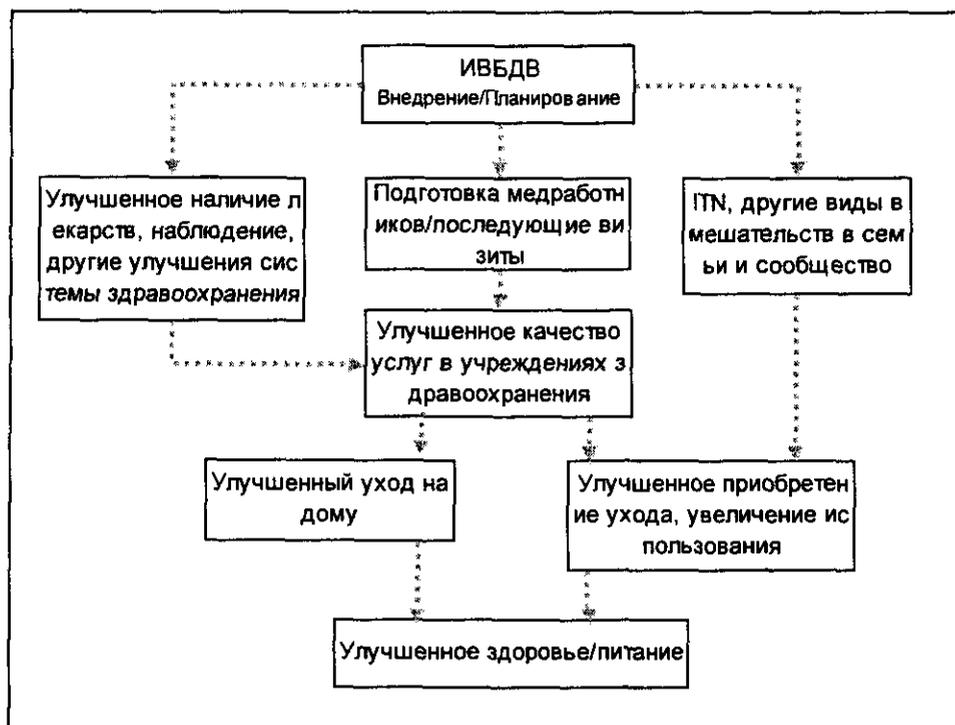


Схема 11.1 Модель воздействия ИВБДВ

В Узбекистане согласно постановлению Минздрава №542 от 1999 года был сформирован координационный совет и созданы рабочие группы по адаптации ИВБДВ, также образованы филиалы Республиканского центра ИВБДВ в Навоийской и Ферганской областях.

В соответствии с тремя компонентами стратегии ИВБДВ были разработаны следующие конкретные действия:

Улучшение навыков медицинского персонала при ведении отдельных случаев :

- Предполагается, что 90% медицинских работников пройдут курсы повышения квалификации по ведению отдельных случаев.
- Существование системы сбора информации (отчеты директора курса, отчеты по мониторингу).

Усовершенствование системы здравоохранения:

- Поставка необходимых лекарств (включая ОРР).
- Возможность обращения в больничное учреждение в течение 30 минут.
- Подготовлено 400 медсестер для консультирования родителей в рамках стратегии ИВБДВ в Навоийской области.

Улучшение практики, имеющейся в семье и махалле:

- Накоплен опыт работы с населением в Навоийской (2 района) и Ферганской областях (вся область).
- Проведены изучения по КАП в Навоийской и Ферганской областях (пилотные районы).
- Присвоено звание БДОР 14 родильным домам.
- Создано 30 групп поддержки матерей по грудному вскармливанию.
- Подготовлены национальные тренеры по рациональному питанию, навыкам межличностного общения (МЛО).
- Создан обучающий модуль по вопросам рационального питания и МЛО.
- Разработан информационно-образовательный материал для родителей по вопросам ухода за больным и здоровым ребенком в рамках стратегии ИВБДВ.
- Средние медработники и представители ЦЗ и НПО обучены работе с населением (400 человек в Навои и 200 человек в Фергане).

2) Грудное вскармливание

Недоедание и повторные инфекции являются двумя основными и непосредственными причинами нарушения питания у детей раннего возраста. Распространенность неправильного питания резко увеличивается в возрасте от 6 до 18 месяцев. Таким образом, консультирование матерей по питанию грудных детей кардинально улучшает грудное питание детей в возрасте до 6 месяцев. Стратегия ИВБДВ направлена на формирование у населения навыков по рациональному кормлению детей раннего возраста.

3) Контроль питания

В Республике Узбекистан местная диета содержит недостаточное количество таких микроэлементов, как йод и железо. Также имеет место высокий уровень распространенности дефицита витамина А среди детей.

Действия стратегии ИВБДВ будут осуществляться в интеграции с программами по борьбе с дефицитом микроэлементов (железо, йод, витамин А).

4) Профилактика инфекционных заболеваний

Пневмония и диарея являются инфекционными заболеваниями, которые проявляются в комбинации с недоеданием. В меньшей степени гепатит Б, корь, туберкулез и менингит ведут к смерти в возрасте до 5 лет. Программы по борьбе с пневмонией, другими острыми респираторными инфекциями (ОРИ) и диареями входят в рамки стратегии интегрированного подхода к профилактике и ведению обычных заболеваний. Смертность от ОРИ и диарей должна и далее снижаться во взаимодействии 3-х программ: Стратегия ИВБДВ, Национальная программа иммунизации (НПИ) и Программа по охране здоровья школьников (включая глистные инвазии при здоровом росте детей).

(3) Охрана материнства

1) Состояние питания женщин

Железодефицитная анемия распространена у свыше 65% женщин независимо от возраста, места проживания, расовой принадлежности и образования. Тем не менее, более тяжелые случаи наблюдаются в сельской местности по сравнению с городской, в связи с питанием и загрязнением окружающей среды, как в Каракалпакстане и Хорезмской области, где распространенность анемии является наивысшей. Усилия по контролю анемии были предприняты десять лет назад. Уровень заболеваемости тяжелой формой анемии* снизился в связи с поставкой железосодержащих таблеток и таблеток фолиевой кислоты для групп повышенного риска, а также для групп репродуктивного возраста в первичном здравоохранении. Дефицит железа вызывает низкое потребление продуктов питания, содержащих пищевое железо и веществ для усвоения железа, таких, как животные белки и аскорбиновая кислота. Таким образом,

* Тяжелая форма анемии была установлена, когда уровень гемоглобина составлял менее 7,0 г/дл, умеренная форма тяжести анемии выявлялась, когда уровень гемоглобина составлял 7,0-9,9 г/дл, и легкая форма тяжести анемии была выявлена, когда уровень гемоглобина составлял 10,0-11,9 г/дл (10-10,9 г/дл для беременных женщин и детей до 3-х лет).

приоритетом программ вмешательства в здравоохранение является обеспечение информацией по профилактике многих тяжелых осложнений беременности и родов, связанных с железодефицитной анемией среди женщин определенной расы, образования и места проживания.

2) Репродуктивное здоровье

С точки зрения семейного положения, 75% женщин в возрасте 20-24 лет являются замужними. Это означает, что 70% женщин фертильного возраста в настоящее время находятся замужем.

О современных средствах контрацепции (таблетках, презервативах, ВМС и стерилизации) представителям репродуктивного возраста обоих полов широко известно из деятельности по пропаганде и образованию в области здорового образа жизни. Люди могут узнать об этом в больницах и аптеках, тем не менее, для неимущих групп населения стоимость контрацептивов не приемлема. К примеру, стоимость презерватива составляет 200 сум, в то время как хлеб на рынке стоит 100 сум.

В период с 1945 до 1992 наблюдалась политика иметь четверых детей до 35-летнего возраста. Подобные семьи награждались выплатой социальных пособий, они даже получали официальные почести. Традиционно сложилось так, что наследником должен быть мужчина. Поэтому во многих семьях наблюдается большое количество девочек и так продолжается до рождения мальчика. К тому же, в сельской местности ребенок является рабочей силой в сельском хозяйстве и поэтому семья стремится иметь несколько детей. Это видно из среднего размера семьи в количестве 4-5 человек в городской местности и 5-6 человек в сельской. Это иногда затрудняет планирование семьи и заставляет женщин переносить еще одну нежелательную беременность.

Аборты впервые были узаконены при Советском Союзе в 1920 году. Однако в 1936 г. они были запрещены как часть вышеупомянутой политики пропаганды рождаемости, придавая особое значение росту населения. Подобное решение было отменено в 1955 году, когда аборты по немедицинским причинам были вновь узаконены по всему бывшему СССР.

По сравнению с увеличением использования контрацептивов, за последние десять

лет значительно сократилось количество аборт. С региональной точки зрения, уровень абортов в городской местности, как город Ташкент, все еще остается на высоком уровне по сравнению с другими областями.

3) Улучшение безопасности процесса беременности

Группы повышенного риска для беременности такие, как заболевания крови, сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные заболевания (диабет, заболевания щитовидной железы), заболевания почек (нефроз, нефрит) и ауто-аллергические заболевания (диссеминированная красная волчанка, хронический ревматизм) должны наблюдаться путем скрининга. С целью снижения материнской и младенческой смертности, скрининг придает значение среднему периоду беременности. Лечение беременности повышенного риска является мерой определения VLBW и сокращает затраты

Комплекс мероприятий по программе «Мать-Дитя» был осуществлен как часть продолжающихся усилий по улучшению материнского и неонатального здоровья. В данной программе приводится описание каждой инициативы, необходимой для достижения «безопасного материнства» в короткие сроки. Программа представляет комплексные деятельности на различных уровнях системы здравоохранения и определяет основной состав вмешательств и деятельности системы здравоохранения. В программе приводится деятельность, которая должна быть предпринята для профилактики и ведения многих гинекологических осложнений в сообществе, центре здоровья и больнице. Также обращается внимание на те меры, которые могут быть осуществлены путем эффективного использования имеющихся ресурсов.

Таблица 11-10 Комплекс мероприятий по программе «Мать и Дитя»

До и после беременности

- Информация и услуги по вопросам планирования семьи.
- Профилактика и контроль ИППП и ВИЧ/СПИДа.
- Противостолбнячные прививки.
- Пренатальная регистрация и уход.
- Лечение в существующих условиях.
- Советы по вопросам питания и диеты.
- Железосодержащие добавки.
- Распознавание, раннее выявление и контроль за осложнениями (эклампсия / пре-эклампсия, кровотечение, аборт, анемия).

Период родов

- Чистые и безопасные роды.
- Распознавание, раннее выявление и контроль за осложнениями в центре здоровья либо больнице (например кровотечение, эклампсия, длительные / затрудненные схватки).

Постнатальный период: мать

- Распознавание, раннее выявление и контроль за послеродовыми осложнениями в центре здоровья либо больнице (например, кровотечение, сепсис и эклампсия).
- Послеродовой уход (пропаганда и поддержание грудного вскармливания и контроль за осложнениями груди).
- Информация и услуги по вопросам планирования семьи.
- Профилактика и контроль ИППП и ВИЧ/СПИДа.
- Противостолбнячные прививки.

Постнатальный период: новорожденный

- Оживление.
- Профилактика и контроль за гипотермией.
- Раннее и эксклюзивное грудное вскармливание.
- Профилактика и контроль инфекций включая, офтальмологические болезни и инфекции через пуповину.

Источник: Осуществление программы по безопасному материнству, ВОЗ 1994 год

В сущности, мужчины, женщины, семьи и сообщества способны сами позаботиться о себе. Во многих случаях данные возможности должны быть укреплены до вмешательства экстренной помощи в семье. Сообществам и семьям должна быть оказана поддержка и укрепление с целью обеспечения необходимого ухода по улучшению выживаемости детей, их росту и развитию. В связи с этим рекомендуется следующее:

- Грудное вскармливание младенцев хотя бы до 6 месяцев.
- Начиная с полугодичного возраста, рекомендуется кормить детей обогащенным питанием, продолжая грудное вскармливание до двух лет или дольше.

- Обеспечить получение детьми адекватного количества питательных веществ (в частности, витамина А и железа) посредством диеты либо путем добавок.
- Удалять фекалии и мыть руки после дефекации, перед приготовлением еды и перед кормлением детей.
- Обеспечение детей полным курсом иммунизации согласно графику (БЦЖ, АКДС, ОПВ, и кори) до их первого дня рождения (до 1 года).
- Пропагандировать умственное и социальное развитие путем привлечения внимания к заботу ребенка, также посредством разговоров, игр и обеспечения стимулирующего окружения.
- Продолжать кормление и давать больше жидкости, включая грудное молоко детям во время болезни.
- Оказывать лечение больным детям с инфекцией на дому.
- Распознавать, когда больные дети нуждаются в лечении вне дома и искать помощь у соответствующих поставщиков.
- Следовать указаниям медицинского работника относительно лечения, действий и направления.
- Обеспечивать получение адекватного антенатального ухода каждой беременной женщине. Это включает как минимум четыре антенатальных визита к соответствующему медицинскому работнику и получение рекомендованных дозировок противостолбнячной прививки. Матери также необходима поддержка членов семьи и сообщества во время родов, а также во время послеродового периода и периода лактации.

Для обеспечения данного ухода семьям необходимы знания, навыки, мотивация и поддержка. Им необходимо знать, как поступить в особых ситуациях, а также в период роста и развития ребенка. Им также необходимы навыки для обеспечения надлежащего ухода и для решения проблем. У них должна быть мотивация для попытки и поддержания новой практики. Им необходима социальная и материальная поддержка сообщества.

11.4 Санитария и гигиена

«Безопасная вода и санитария», как один из элементов первичного здравоохранения, является важнейшим в вопросах здоровья и прав человека на защиту здоровья. Важность безопасной воды, санитарии и гигиены для поддержания здоровья отражена в другом элементе первичного здравоохранения, «профилактике и контроле локальных эндемических заболеваний». Данный элемент был внедрен в 1979 году на Алма-Атинской Конференции и недавнем Всемирном Саммите по Устойчивому развитию в Йоханнесбурге в 2002 году и признан одной из Целей Тысячелетия.

В Узбекистане Департамент госсанэпиднадзора при Минздраве отвечает за эти вопросы, международные доноры, как ВОЗ, ЮНИСЕФ, UNDP или организации двухстороннего сотрудничества выполняют программы в этой области. Особенно в аспекте доступности безопасной воды, ущерб от высыхания региона Аральского моря негативно отражается на Республике Каракалпакстан и Хорезмской области, например, он проявляется низкой доступностью к передвижным устройствам с водой и высоким риском заражения заболеваниями, передающимися водным путем, такими, как брюшной тиф, диарея и глистные инвазии.

Со стороны эпидемиологического подхода, проведения изучения и мониторинга осуществляются Центром госсанэпиднадзора (ЦГСЭН), Государственным центром СПИД и Государственным центром скрининга в качестве исполнительных органов. Данные учреждения находятся в подчинении Департамента госсанэпиднадзора. В связи с недавним изучением заболеваемости ВИЧ/СПИДом его важность отражена в Указе Президента

11.4.1 Организация и менеджмент

(1) Департамент госсанэпиднадзора при Минздраве

Во времена СССР существовало 11 организаций. Со времен начала реформ здравоохранения, данные организации были сформированы с целью координации от разработки постановлений до мониторинга качества. Департамент госсанэпиднадзора при Минздраве осуществляет вышеуказанную деятельность с целью интегрирования постановлений и политики, технического образования, обеспечение и контроль качества. Основные виды услуг производятся четырьмя центрами: Республиканским центром госсанэпиднадзора (РЦГСЭН), Республиканским центром СПИД, Республиканской дезинфекционной станцией и Республиканским институтом

здоровья.

5 основных видов услуг:

- Санитарно-эпидемиологические служба.
- Служба ВИЧ/СПИД.
- Дезинфекционная служба
- Карантинная служба
- Пропаганда здорового образа жизни

5 специализированных институтов:

- Институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний
- Институт микробиологии, эпидемиологии и инфекционных заболеваний
- Институт вирусологии
- Институт медицинской паразитологии
- Институт здоровья

Разработка политики в Министерстве Здравоохранения:

- Разработка нормативных актов по санитарии
- Разработка нормативных актов по гигиене
- Разработка стратегии по контролю за ИППП
- Публикация методических документов
- Исполнение Постановлений

Система оценки:

- Научно-исследовательские институты
- Медицинские учреждения
- Комитет по санитарии и гигиене

**(2) Республиканский центр госсанэпиднадзора при Министерстве
Здравоохранения (РЦГСЭН)**

Деятельностью РЦГСЭН является поддержка управления службы санитарии и гигиены, имеются филиалы на областных и районных уровнях для сбора инспекционных результатов и эпидемиологических данных. В качестве основного вида деятельности, РЦГСЭН проводит наблюдение за качеством воды на бактериальное загрязнение, а также проводит обеспечение всех регионов вакцинами

(включая гепатит В), разовыми шприцами и наборами для уничтожения использованных игл от шприцев. По данному вопросу РЦГСЭН осуществил поставки самоуничтожающихся шприцев для всех типов вакцин для детей до 1 года. Для проведения деятельности РЦГСЭН осуществляет координацию с ЮНИСЕФ по программе «Безопасная иммунизация» с целью укрепления потенциала в высших и средне-специальных медицинских заведениях, а также со Всемирным альянсом по вакцинации и иммунизации (ГАВИ) с целью улучшения профилактики инфицирования детей гепатитом В и заболеваний, передающихся парентеральным путем, а также по программе «Санитария и гигиена воды» с целью обеспечения системы санитарии, навыков мониторинга с населением и местной СЭС.

(3) Республиканский центр СПИД при Министерстве Здравоохранения

Деятельность Республиканского центра СПИД заключается в поддержке управления службами по вопросам ВИЧ инфекции, в основном в осуществлении надзора, профилактики, диагностики и лечения. В каждой области имеется филиалы центра, а также районные и межрайонные диагностические СПИД-лаборатории, осуществляющие выявление ВИЧ инфицированных среди населения, а также предоставление данных результатов в областные центры СПИД. Согласно официальным отчетам, количество зарегистрированных ВИЧ инфицированных в Узбекистане возросло с 779 случаев в 2001 году до 2 209 случаев в 2003. 64% из них были потребители инъекционных наркотиков. Половина ВИЧ инфицированных зарегистрирована в городе Ташкенте, 25% приходится на Ташкентскую область. Сурхандарьинская и Самаркандская области являются перекрестком движения наркотических веществ, так как находятся вблизи границы с Таджикистаном и Афганистаном. В связи с данной ситуацией, USAIDS осуществляет техническое содействие по повышению знаний и проведению профилактических мероприятий по ВИЧ/СПИДу, также USAIDS совместно с Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) оказывают поддержку с целью укрепления потенциала и подготовки специалистов, например, для осуществление контроля по ВИЧ/СПИДу и дозорного эпиднадзора за ВИЧ инфекцией на территории пилотного проекта.

(4) Республиканская дезинфекционная станция

Республиканская дезинфекционная станция осуществляет контроль и управление службами дезинфекции, находящимися на хозрасчетном обеспечении с целью профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний, а также контроль

жилищ. В городе Ташкенте и Республике Каракалпакстан находятся 2 основные станции, обслуживающие всю территорию страны. Карантинная служба также является частью дезинфекционной службы, введенная и выявляющая вспышки в стране. Тем не менее, между дезинфекционной станцией и областными управлениями здравоохранения существуют некоторые трудности в связи с различными аспектами здравоохранения по профилактике и лечению. С другой стороны, вопросы традиций и взаимоотношений полов иногда препятствуют пропаганде здорового образа жизни в деятельности по работе с населением.

(5) Республиканский институт здоровья

Республиканский институт здоровья был образован согласно Указу Президента Республики Узбекистан № УП-2107 от 1998 года и Постановлению Министерства Здравоохранения № 101 от 2001 года. Республиканский институт здоровья осуществляет деятельность по пропаганде здорового образа жизни, по укреплению здоровья населения с помощью центров здоровья в 161 районе и 15 городах. С целью осуществления данной новой стратегии на уровне населения, каждой области присвоен свои решения и приводится дата решения областных Хокимиятов. В таблице В Аппендиксе 11.7ния приведены номера и даты решений областных Хокимиятов в области здравоохранения.

Данная деятельность по пропаганде здорового образа жизни связана с деятельностью доноров. В таблице 11.8 в Аппендиксе приведены совместные с донорами виды деятельности.

В стране не было специалистов в области общественного здравоохранения до того, как Ташкентский мединститут №2 начал курс подготовки специалистов данного профиля. С функциональной точки зрения Ташми 2 немножко отличается от старых центров здравоохранения, название которых остается на районном уровне. Также традиции и менталитет препятствуют работе с населением по вопросам репродуктивного здоровья, а также подготовки молодежи в вопросах полового поведения и профилактики ИППП.

11.4.2 Безопасное водоснабжение

(1) Ситуация в настоящее время

1) Масштабы водоснабжения

В соответствии с Изучением различных показателей, проведенным ВОЗ и ЮНИСЕФ в 2000 году, масштаб центрального водоснабжения составляет 97% городской местности и 84% сельской местности. В городской местности, такой, как город Ташкент, вода подается по трубопроводам на 99% территории, но в сельской местности, например, в Бухарской области, население все еще пользуется колодцами на 40% территории, согласно основному изучению, проведенному группой изучения ЛСА в 6 пилотных областях. Это доказывает, что не только Бухара, но и Каракалпакстан может демонстрировать подобные результаты. Тем не менее, в пилотных районах широко применяется подача воды с помощью трубопроводов.

Таблица 11.11 Основные источники водоснабжения в домохозяйствах

Область	Бухара		Фергана		Каракалпак.		Навои		Самарканд		Г. Ташкент		Ташкент		Всего	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Кран	358	42.9	708	72.3	769	84.0	693	63.6	776	81.4	509	99.0	456	96.2	4269	74,1
Колодец	346	41.4	233	23.8	117	12.8	110	10.1	133	14.0	5	1.0	7	1.5	951	16,5
Река	60	7.2	3	0.3	14	1.5	53	4.9	3	0.3	0	0.0	1	0.2	134	2,3
Бак	71	8.5	35	3.6	16	1.7	233	21.4	41	4.3	0	0.0	10	2.1	406	7,0
Всего	835	100.0	979	100.0	916	100.0	1089	100.0	953	100.0	514	100.0	474	100.0	5760	100,0

Источник: Исследования группы изучения ЛСА, 2003

2) Управление водными ресурсами

Управление водными ресурсами является интегрированным аспектом профилактического обеспечения качества питьевой воды. Профилактика микробных и химических загрязнений источника воды является первым барьером общественного здравоохранения.

В городе Ташкенте существует 8 современных водопроводных станций, таких как «Трест СУВ СОЗ», а также 4 малые станции, использующие грунтовые воды. В процессе получения питьевой воды используется речная вода и вода из колодца, очищенная и профильтрованная.

Завод по переработке сточных вод, например, «Салар Тойинтириш Иншоот»,

перерабатывает около 70% сточных вод в городе Ташкенте. Вода в г. Ташкенте используется вдвое больше по сравнению с Европейскими странами в связи с отсутствием информированности об экономии воды с помощью установленных платежей, тем самым сокращая уровень загрязнения.

3) Стандарт питьевой воды в Узбекистане

Стандарт питьевой воды распространяется на питьевую воду, подаваемую централизованными системами хозяйственно-питьевого водоснабжения. Технически стандарт должен соответствовать содержанию качественных индикаторов питьевой воды. Стандарт предназначен также для целей сертификации питьевой воды и использования органами сертификации в области хозяйственно-питьевого водоснабжения. Питьевая вода должна быть безопасной в эпидемическом отношении, безвредной по химическому составу, должна иметь положительные органолептические характеристики и должна быть безопасной в радиационном отношении. Выполнение данных требований достигается при соответствии показателей качества питьевой воды нормативам и проверяется по результатам контроля, проводимого согласно допущенным к применению методикам.

Дополнительный контроль качества для выявления опасных для здоровья веществ и оценка их безвредности вводятся в соответствии с предельно допустимыми концентрациями (ПДК) обнаруженных веществ.

Временные отклонения от нормативов, устанавливающих гигиенические требования к питьевой воде по показателям, влияющим на органолептические свойства воды, могут допускаться по решению санитарно-эпидемиологической службы соответствующего региона при условии, что необходимость этих отклонений вызвана объективными природными условиями или аварийными ситуациями, и они не могут причинить ущерб здоровью населения.

Применение международных стандартов, например, стандартов ВОЗ, устанавливающих методы контроля качества питьевой воды, допускается при условии соответствия диапазонов определяемых концентраций нормативам ПДК и соблюдении норм погрешности проводимых анализов.

При подозрении на загрязнение источника питьевой воды химическими веществами, для которых отсутствуют доступные и чувствительные методы их определения, в качестве вспомогательного интегрального показателя рекомендуется биотестирование питьевой воды по индексу токсичности для инфузории или дафний.

В целом, данные стандарты все еще основаны на нормах Советского периода, так называемом ГОСТ стандарте и отличаются от стандартов ВОЗ. Тем не менее, для населения нет необходимости принимать стандарт ВОЗ в качестве национального, вместо того, чтобы определять собственную безопасность по приемлемому уровню риска при особых обстоятельствах здесь в Узбекистане (см. таблицы 11.9, 11.10 и 11.11 в Аппендиксе). Было признано, что некоторые из химикатов оказывают широко-масштабные воздействия на здоровье посредством употребления питьевой воды. Это фтор и мышьяк. Другие химикаты также могут быть значимыми при определенных условиях. При определении масштаба воздействия мышьяка через питьевую воду придается большое значение химическим источникам опасности питьевой воды. Заболевания, вызванные употреблением воды, представляют наибольшую угрозу для младенцев, маленьких детей и пожилых людей.

Микробное загрязнение продолжает оставаться одной из основных проблем как в развивающихся, так и в развитых странах, наряду со значимостью проблемы систематического подхода к обеспечению инфекционной безопасности.

4) Надзор и контроль качества

Как было упомянуто в «Главе 10 Информационная система здравоохранения», тщательный надзор и система контроля качества осуществляется СЭС. При проведении регулярных инспекций учреждение водоснабжения выплачивает штраф, даже если один из показателей превысит стандарт по 23 наименованиям.

В таблицах 11.12 приведены результаты контроля качества воды в каждой области.

9 420 проб водопроводной воды были отобраны на бактериологические исследования, из них 583 (или 6,2%) не отвечали требованиям ГОСТа «Вода питьевая». Наибольшая бактериальная загрязненность была зарегистрирована в Сурхандарьинской 14,4% (95 из 658 проб), Ташкентской - 12,5% (283 из 2 265 проб) и Сырдарьинской областях 9,7% (36 из 371 проб). 3 414 проб были отобраны для исследований санитарных и химических показателей, среди них 515 (или 15,1%) не отвечали требованиям ГОСТа «Вода питьевая». Наихудший показатель отмечался в Бухарской области – 40,4% (97 из 240 проб), Хорезмской области – 36,4% (100 из 275 проб) и Республике Каракалпакстан – 30,2% (158 из 522 проб).

**Таблица 11.12. Гигиенические Характеристики Водопроводной Воды
(на ноябрь 2002 г.)**

Административные территории	По бактериологическим показателям			По химическим показателям		
	всего проб	Из них не отвечают санитарным нормам		всего проб	Из них не отвечают санитарным нормам	
		Абс. числа	%		Абс. числа	%
г. Ташкент	815	7	0,85	149	1	0,6
Области:						
Андижанская	186	4	2,1	96	3	3,1
Бухарская	514	13	2,5	240	97	40,4
Джизахская	343	11	3,2	90	-	-
Кашкадарьинская	818	27	3,3	98	1	1,0
Навоийская	264	-	-	106	5	4,7
Наманганская	707	36	5,1	288	4	1,4
Самаркандская	930	18	1,9	403	26	6,4
Сурхандарьинская	658	95	14,4	425	54	12,7
Сырдарьинская	371	36	9,7	97	15	15,4
Ташкентская	2265	283	12,5	249	30	12,0
Ферганская	817	17	1,4	376	21	5,6
Хорезмская	310	29	9,4	275	100	36,4
Республика Каракалпакстан	422	12	2,8	522	158	30,2
Всего по Узбекистану	9420	583	6,2	3414	515	15,1

Источник: ЦГСЭН

При осуществлении санэпиднадзора за состоянием водных объектов в местах массового водопользования населения было отобрано 2 090 проб, из них 217 (или 10,4%) не отвечали санитарно-гигиеническим нормам. Наибольшая бактериологическая загрязненность поверхностных вод отмечалась в Республике Каракалпакстан – 48,6% (51 из 105 проб), г. Ташкенте – 39,2% (38 из 97 проб) и Хорезмской области – 35,7% (5 из 14 проб). На химические показатели было отобрано 982 пробы, из них 160 (или 16,3%) не отвечали санитарно-гигиеническим нормативам. Наибольшее несоответствие отмечалось в Андижанской области – 60,0% (9 из 15 проб), г. Ташкенте - 40,0% (22 из 55 проб) и Сурхандарьинской области – 30,1% (25 из 83 проб).

Таблица 11.13 Гигиенические характеристики водных объектов на местах общественного водопользования населения (на ноябрь 2002 г.)

Административные территории	По бактериологическим показателям			По химическим показателям		
	Кол-во проб	Из них не отвечают санитарным нормам		Кол-во проб	Из них не отвечают санитарным нормам	
		Абс.числа	%		Абс.числа	%
Андижанская	116	3	2,6	15	9	60,0
Бухарская	299	2	0,7	131	35	26,7
Джизакская	186	6	3,2	6	-	-
Кашкадарьинская	105	-	-	19	-	-
Навоийская	51	-	-	36	-	-
Наманганская	61	-	-	179	32	17,8
Самаркандская	166	4	2,4	177	6	3,4
Сурхандарьинская	96	5	5,2	83	25	30,1
Сырдарьинская	116	11	9,5	22	-	-
Ташкентская	266	87	32,7	54	-	-
Г. Ташкент	97	38	39,2	55	22	40,0
Ферганская	412	5	1,2	79	8	10,1
Хорезмская	14	5	35,7	40	12	30,0
Республика Каракалпакстан	105	51	48,6	86	11	12,8
Всего по Узбекистану	2090	217	10,4	982	160	16,3

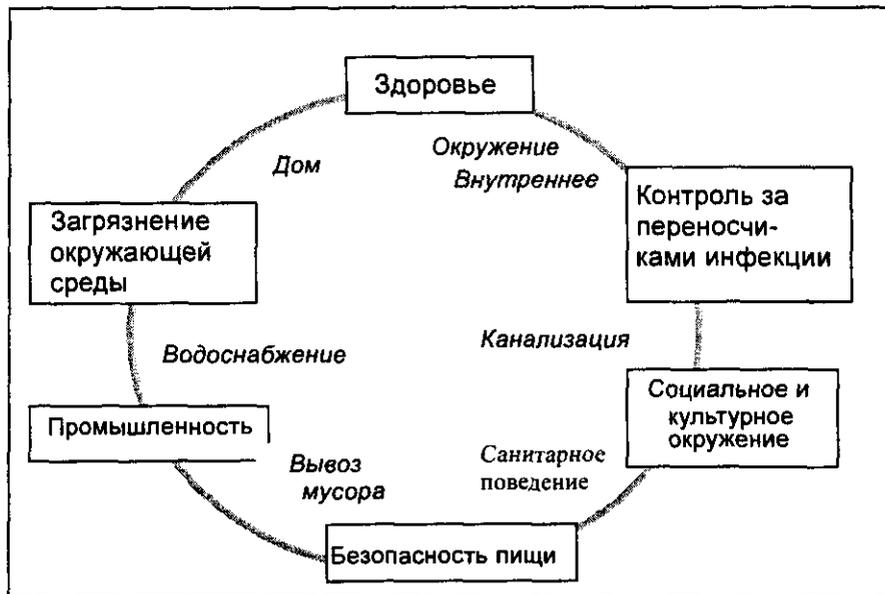
Источник: ЦГСЭН

Тем не менее, центральный контроль воды обеспечивает качество воды на оптимальном уровне, однако, в основном, регион Аральского моря, например, Каракалпакстан, находится в сложном положении относительно воды. В городской местности в связи с уменьшением количества воды в реке Амударья, вода в Туямуинском резервуаре находится наполовину уровня его вместимости. В сельской местности уровень грунтовых вод является неглубоким для колодцев и ручных насосов. В целом, поверхностные воды или неглубокие грунтовые воды не должны использоваться в качестве источника питьевой воды без проведения обработки или санитарной защиты. Хотя грунтовые воды в данной области являются единственным источником и по качеству они высокосолёные, не фильтруются, это провоцирует высокий риск развития заболеваний, вызванных в результате употребления воды, таких как тиф, диарея и почечная недостаточность.

5) Управление населением

Во внимание должна приниматься не только питьевая вода, но и санитария окружающей среды. Население является конечным пунктом в оценке контроля

качества. Следующий рисунок показывает определение и связь санитарии окружающей среды согласно ВОЗ.



Источник: ВОЗ

Схема 11.2 Определение и связь санитарии окружающей среды

Факторами окружающей среды, воздействующими на инфекционные заболевания, являются удаление человеческих фекалий, нечистот, домашних отходов, канализация, домашнее водоснабжение и жилье. Таким образом, санитария окружающей среды во многом зависит от социального и культурного поведения и убеждений и должна рассматриваться при планировании практики пропаганды здорового образа жизни.

Соответственно, эффективная и приемлемая стратегия по управлению населением, такая как оценка качества воды, нуждается в активной поддержке и участии местного населения. Население должно быть вовлечено во все стадии наблюдения и мониторинга водоснабжения, качества и эксплуатации. Здоровый образ поведения можно развивать также в процессе наблюдения при:

- Информированности о важности качества воды и отношении к проблемам здоровья.
- Восприятию важности наблюдения и понимания роли общественности.
- Информированности о прохождении воды в канализацию.
- Инициативах по вовлечению общественности в улучшение качества жизни.

(2) Рекомендации для “безопасной воды и санитарии”

В настоящее время проблемы в Узбекистане могут быть сформулированы следующим образом:

- Как распределить ограниченный бюджет здравоохранения?
- Как сделать контроль качества приемлемым?
- Где взять кадры для технической поддержки контроля качества?
- Где должна быть цель водоснабжения?

В целом, доступность воды в Узбекистане так или иначе обеспечивается. Проблема состоит в качестве воды и ее количестве в некоторых областях. Необходимо рассмотреть вопрос об источниках грунтовых вод в сообществе, об снижении качества воды в регионе Аральского моря, а также об стабильном обеспечении безопасной воды.

В вопросе контроля качества грунтовых вод, принципиальной угрозой для человеческого здоровья при водоснабжении населения являются микробы. Параметрами, рекомендованными для минимального мониторинга водоснабжения населения, являются те, которые лучше определяют гигиеническое состояние воды и риск заболеваний, вызванных употреблением воды. Необходимыми параметрами качества воды являются:

- Е. коли/фекальные колиформы принимаются как удобные заменители.
- Остаточный хлор (если практикуется хлорирование).
- рН (если практикуется хлорирование).
- Прозрачность.

Данные параметры могут определяться на месте с использованием относительно несложного тест-оборудования. Испытание на месте является важным при определении мутности и остаточного хлора, который быстро меняется при транспортировке и хранении. Участие общественности в отборе проб и быстрой оценке может быть экономически выгодным в плане расходов на транспортировку. Это также важно для других параметров, где имеется нехватка снабжения лабораторий или где проблемы транспортировки могут затруднить стандартный отбор проб и анализов, либо сделать их невозможными. Следовательно, лаборатории

СВП могут быть полезны при проведении срочного исследования. СВП и его работники должны принимать большее участие в исследовании. В СЭС должны предоставляться только особые параметры с массовым отбором проб для проведения точного анализа.

Существует другой вид связи с Институтом здоровья по обучению общественности развитию стабильного контроля качества и информированности о здоровье общества. Данные действия уже частично предприняты в качестве программ ЮНИСЕФ совместно с ННО с привлечением школ и общественности.

11.5 Инфекционные болезни

11.5.1 Текущая ситуация с инфекционными болезнями в Узбекистане

(1) Брюшной тиф и паратиф А, В, С

Отмечается тенденция к снижению заболеваемости. Согласно данным РИАЦ за период с 1992 г. по 2000 г., заболеваемость брюшным тифом и паратифами А, В, С уменьшилась во всех областях, а в г. Ташкенте была самой низкой. В 2000 г. заболеваемость брюшным тифом на 100 000 населения составляла на государственном уровне 0,7, паратифами – 0,1 без существенных различий по областям.

(2) Дизентерия

Каждый год число пациентов снижается, но все же в 7 областях заболеваемость все еще достигает двухзначных цифр. Количество пациентов и заболеваемость самое высокое в г. Ташкенте, Ташкентской области и Ферганской области, где санитарная обстановка и качество медицинских учреждений считаются надлежащим состоянием. Возможно, следует принять профилактические контрмеры, если региональное различие заболеваемости может быть приписано ухудшению окружающей среды за счет увеличения населения. Во многих местных медицинских учреждениях областей, санитарно-техническое сооружение, особенно туалет, находится в крайне плохом состоянии, в кране ванны редко бывает вода. С другой стороны, было впечатляющее, что люди моют руки в ванне перед едой в ресторане. Однако, очень немного общественных туалетов в близлежащей местности имеют туалет с промывом, даже если эти туалеты со сливом, вода в них отсутствует, в некоторых местах водопроводный кран раковины находится вместе с общественным туалетом. В отношении санитарного состояния, можно наблюдать значительную разницу между

туалетами в частных домах и в общественных местах.

(3) Вирусный гепатит

Данные РИАЦ 1992 г. до 2000 г. показывают, что высокая заболеваемость вирусным гепатитом регистрировалась каждые 2 года, определенно с 1993 г. до 1997 г. В 2000 г. большое число областей отмечалось более высокая заболеваемость, чем в предыдущем году. В целом, на государственном уровне, недавняя тенденция показывает устойчивое снижение: в большинстве областей, этот уровень достигал от 1/3 до 1/4 заболеваемости за период с 1993 г. по 1997 г., или доля увеличения была меньше по сравнению с предыдущим годом. Однако, особенно в г. Ташкенте и Ташкентской области, эта цифра увеличилась в 2,9 раза и 1,6 раз соответственно, и в 1,7 раз в Бухарской области.

Считается, что гепатит А имеет самую высокую заболеваемость среди вирусных гепатитов. Большинство стационарных больных, обследуемых во время посещения, были дети с гепатитом А. Один или два раза в год количество пациентов гепатита А достигает размеров эпидемии, в больницы доставляют пациентов, превышающих число коек. Относительно гепатита В, заболеваемость устойчиво уменьшалась год от года, и в последние годы отмечается тенденция к снижению. Однако, известно, что распространенность гепатита В увеличилась в г. Ташкенте и Бухарской области в 2000 г. по сравнению с предыдущим годом. Так как причина гепатита В является некапельной инфекцией как медицинская практика или использование наркотиков внутривенного типа, важно исследовать причину быстрого увеличения, особенно в Бухарской области. Это будет также полезно для предотвращения ВИЧ/СПИД в будущем. Недавно началась вакцинация от гепатита В для всех новорожденных. Эта акция проводится в сотрудничестве со Всемирным банком, и интервьюируемые отметили, что заболеваемость частично уменьшилась. Поэтому, хороший результат был бы многообещающим, и все же далее должна быть исследована возрастная распространенность.

Хотя проводятся лабораторные анализы на гепатит С, но их качество сомнительно. Эта болезнь может стать серьезной проблемой из-за нехватки разовых шприцов и игл. Отмечается несколько случаев гепатита Е, однако, многие случаи могут быть пропущены из-за существующей системы обследования и качества клинических лабораторных анализов.

(4) Дифтерия, коклюш, корь и полиомиелит

Эти инфекционные болезни показали устойчивое снижение заболеваемости за последние девять лет, наблюдалось всего несколько случаев. Похоже, что это результат, вызванный вакцинацией, соответствующей нынешней ситуации: - так объяснили группе изучения в медицинском учреждении. Необходимо продолжить программу вакцинации, включая гепатит В, но это ставит проблему стоимости.

(5) Туберкулез (ТВ)

Согласно данным РИАЦ за период с 1992 г. по 2000 г., заболеваемость туберкулезом увеличилась с 1996 г. на государственном уровне, и распространение ТВ стало серьезной проблемой в Узбекистане. Особенно в Каракалпакстане и г. Ташкенте наблюдается высокая заболеваемость: в Каракалпакстане 127,7 по отношению к 100 000 чел. и в г. Ташкенте 82,4 по отношению к 100 000 чел. и заболеваемость также увеличилась во всех других областях. Число коек для туберкулезных больных представляется достаточным, однако, важно было бы учесть, будет ли это соответствовать увеличивающейся заболеваемости.

Начиная с 1998 г., Научно-исследовательский туберкулезный центр и больницы начали программу DOTS, которая, как ожидается, будет постепенно расширена в национальном масштабе.

(6) ВИЧ/СПИД

Согласно данным Центра СПИД при Минздраве Узбекистана по состоянию на 1 июля 2002 г., общее число пациентов ВИЧ/СПИД в стране 1 399 чел., из которых 1 230 мужчин 169 женщин. Заболеваемость СПИДом показывает тенденцию к увеличению. Удивительно, что это цифра удвоилась, начиная с 1 января 2002 г., когда официальное количество было 779; из этих 1 399 случаев более чем 1 000 находятся в г. Ташкенте и Ташкентской области. Считается, что одна из причин быстрого увеличения вызвана улучшением качества лабораторного анализа.

Согласно официальным статистическим данным, от 70% до 80% случаев ВИЧ приходится на пользователей внутривенных наркотиков. Когда группа изучения посетила Республиканский центр СПИД в мае, число носителей ВИЧ было 1 700, в 2002 г. Число носителей ВИЧ среди доноров показало существенное повышение с 7 на 100 000 населения в предыдущем году до 24 на 100 000. Исходя из этого значительного увеличения группа изучения пришла к выводу, что в стране идет процесс расширения этой инфекции. Фактическое число носителей станет больше,

поскольку тысячи проб все еще ожидают окончательного подтверждения анализа.

(7) Инфекции, передающиеся половым путем.

Заболеваемость сифилисом и гонореей постепенно увеличивается на национальном уровне, и особенно высока в г. Ташкенте. Эта тенденция вызывает беспокойство в связи с ВИЧ.

(8) Другие инфекционные болезни

1) Бруцеллез

Как зоонозная инфекция, бруцеллез вызывал беспокойство на национальном уровне, особенно среди людей, занятых в скотоводстве. Хотя эффективная вакцина уже была разработана, прививка не универсальна из-за ее стоимости. Цент крови руководит тестирование для продавцов крови на республиканском уровне.

2) Токсоплазмоз

Инфекция, передающаяся от матери к ребенку, вызывает большое беспокойство.

11.5.2 Проблемы, связанные с системой лечения инфекционных болезней

Поскольку это характерно для всей системы лечения, существующей в стране, система обследования и лечения при инфекционных болезнях аналогично усложнена и высоко сегментирована. Это вызывает неэффективность в процессе лечения, особенно, когда пациенты страдают от осложнений в результате одной инфекционной болезни, или/и когда сама инфекционная болезнь - результат осложнений. Например, пациент с печеночной недостаточностью будет послан в инфекционную больницу, если причина вирусная, в случае рака, то в онкологическую больницу, возможно, в другие медицинские учреждения по другим причинам. Это, очевидно, усложняет процесс лечения, например, когда вирусный гепатит переходит в рак печени. С такой высокосегментированной системой трудно обеспечить надлежащий и своевременный уход.

Далее, следующая проблема. Эти специализированные больницы вообще небольшие, и врачей в них немного. Эти больницы не обязательно расположены близко друг от друга. Таким образом, проблема возникает, когда стационарному больному необходима срочная помощь другой специализированной больницы, или когда посещение больницы из других больниц необходимо для более глубокого

обследования. Аналогично, амбулаторные больные с осложнениями должны посетить несколько специализированных больниц, и это, очевидно, создает неудобства и для врачей, и для пациентов.

11.5.3 Рекомендация для рациональной системы лечения

Рассмотрение описанной выше ситуации предлагает объединение специализированных больниц. Желательно, чтобы эти больницы были слиты в областную или центральную районную больницу, в результате чего эффективность лечения должна улучшиться. Эта консолидация объединяет большее число медицинского персонала, включая врачей, специализирующихся по инфекционным болезням в одно медицинское учреждение, обеспечивая при этом возможность более эффективного и рационального лечения. Соответственно, клинический анализ будет централизован, тогда можно ожидать более быстрые результаты анализа, причем лучшего качества. Кроме того, это также должно внести вклад в лечение болезней, вызванных из-за жизненных привычек, число которых будет неизбежно увеличиваться в ближайшем будущем.

Программа DOTS была начата с учетом распространения туберкулеза. Соответственно, туберкулезные больницы будут функционировать самостоятельно в настоящее время. Однако, в ближайшем будущем, поскольку фтизиатрические больницы относительно небольшие, они будут объединены в одну фтизиатрическую больницу в каждой области. Далее, после предоставления тщательной оценки результата программы DOTS, областная фтизиатрическая больница будет объединена в многопрофильную больницу в качестве одного из отделений.

ГЛАВА 12
УЧАСТИЕ ОБЩЕСТВА

12. Участие общества

В этой главе будет дан качественный обзор, что махалля вносит или какое влияние оказывает на взаимодействие людей система здравоохранения в стране. Генеральный план всегда должен отражать точку зрения и нужды бенефициариев. Однако, в то же время, надо искать пути, как общество соответственным образом может помочь в улучшении системы здравоохранения, особенно на первичном уровне. Другими словами, изучение имеет целью выяснить, что может быть сделано по инициативе и при участии общества для более эффективной и самоподдерживающейся первичной и профилактической помощи, и пропаганды знаний о здоровье. С этой целью, традиционная основа общества в Узбекистане, махалля - самоуправляемая общественная группа, будет являться объектом изучения, так как она является наименьшей и самой низшей законной административной единицей, получающей постоянную поддержку от Правительства с момента получения независимости.

Первое, дается короткое объяснение махалли в целом: история, основная структура, деятельность, затем следует отчет полевого изучения с подробным описанием нескольких махаллей в различных областях.

(В течение одного месяца было изучено в общей сложности 18 махаллей путем непосредственного посещения или рассылкой вопросников). Этот отчет содержит информацию, каким образом махалли осуществляют доступ к медицинским учреждениям, таким, как СВП и поликлинике, и использует инициативу первичной охраны здоровья населения. Следующее, будет описан Фонд махалля, неправительственная организация, созданная правительством, какими путями они прогнозируют и координируют деятельность с махаллей. Из этих отчетов и результатов изучения делается заключение.

12.1 Махалли

(1) Историческая предпосылка и значимость

«Махалля» в узбекском языке дословно означает «община». Махалля является традиционной структурой, которая существовала на территории Узбекистана и

Таджикистана испокон веков.¹ Она включает в себя мусульманскую культуру и родство, это единица общества, которая является фундаментом в повседневной жизни в Узбекистане, выступая в качестве средства существования, как орган взаимной поддержки, и как институт для создания национального самосознания и идентичности.

Согласно исследованию, проведенному Sievers в 2002 г.,² немногим менее 2 000 опрошенных в 7 из 12 областей Узбекистана указали на важность присутствия махалли в их жизни. На государственном уровне 57% опрошенных классифицировали махаллю как обязательную в повседневной жизни. Была показана разница по областям: в г. Ташкенте, наиболее советизированной части Узбекистана, только 26% опрошенных в основном полагались на махаллю. Это имеет корреляционную связь с историческим развитием махалли в городских районах. Как уже было сказано, махалля как институт существует в течение долгого времени, однако, в действительности многие махалли создавались недавно, особенно в больших урбанизированных районах, где махалли выполняют функцию «домкома» или «жилищного комитета» крупных жилищных комплексов. Поэтому такие махалли не унаследовали роли, основанной на традиционной узбекской культуре.³ Далее, в Каракалпакстане, махалля не является традиционной, скорее новым явлением, хотя там всегда существовало нечто подобное, как самозарожденные населенные пункты и коллективы людей. В Сырдарьинской и Ташкентской областях соответственно 58% и 39% респондентов сильно полагались на махаллю. В Зарафшанской долине, Самаркандской и Бухарской областях около 76% респондентов сильно рассчитывали на помощь махалли. В Ферганской области 89% ответили, что они сильно полагаются на помощь махалли. В северной части страны в Хорезмской области 86% опрошенных сильно рассчитывают на махаллю, и в юго-западной части страны в Кашкадарьинской области 51% опрошенных сильно полагаются.

С момента получения независимости в сентябре 1991 г., правительство

¹Эд Харрис, 'Сельские махалли и их связи с системой здравоохранения', Технический отчет: Фергана, Узбекистан, (1999), 3

²Эрик Ю.Сиверс, 'Махалли Узбекистана: От Советов к абсолютистским местным общественным Ассоциациям,' Журнал международного и сравнительного правоведения в Чикаго-Кент, Том 2, (2002), 123

³Джон Миклерайт, Эйлин Каудуэл и Шейла Марни, «Планирование и самостоятельное планирование в переходной экономике: Схема социальной поддержки махалли в Узбекистане, Технический отчет, (2002), 6

Узбекистана уделяло большое внимание существованию и роли махаллей, махалли получили законные права и официальный статус. Махалли превратились из самоуправляемых органов в официальные административные учреждения.

(2) Структура махалли

На сегодняшний день, насчитывается 8 142 махаллей в Узбекистане, только в г. Ташкенте имеется 445 махаллей. Географические размеры махалли составляет в среднем 2-3 км. диаметром, с приблизительно 100-500 домохозяйствами, живущими в традиционно узбекских домах или многоквартирном здании. Обычно в узбекском доме живет более одной семьи, если семья женила сыновей, их семьи живут в том же доме. Человек становится членом махалли в силу местожительства. Никто не может быть исключен из-за своей национальности, религии или финансового положения. Люди редко переезжают из одной махалли в другую. Наиболее вероятный случай перемены махалли, когда женщина выходит замуж в другую махаллю, она переезжает в махаллю мужа.

Таблица 12.1 Махалли в г. Кибрае (Ташкентская область) на 1 января 2003

№	Название махалли	Чис-ть домов	Чис-ть семей	Чис-ть населения	Чис-ть женщин	Дети		Дети школьного возраста			Подростки				Другие		
						0-2 лет	3-6 лет	7-15 лет	16 лет		Дети в возрасте 15 лет и моложе	17-18		19-27		28-30 лет	Чис-ть мало-обеспеченных семей
									Ж.	М.		Ж.	М.	Ж.	М.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	М.Улугбек	385	560	1,730	570	25	82	32	13	18	170	25	20	16	15	16	28
2	Зебунисо	676	710	2,517	660	63	87	382	18	16	566	28	62	164	135	87	30
3	Янгиобод	565	638	3,149	1,143	79	240	239	109	105	772	104	118	88	99	53	40
4	Шодлик	294	501	1,643	543	30	184	281	28	33	556	32	34	135	147	90	17
5	Беруный	277	531	1,476	395	47	17	158	9	7	238	12	13	53	54	43	24
6	Ю. Юсупов	106	111	497	122	20	52	134	8	7	221	8	5	12	19	40	15
7	Г. Гулом	258	513	1,437	410	23	156	388	5	11	583	24	23	74	115	618	43
8	Фуркат	184	213	781	370	19	42	127	10	11	209	21	13	58	47	27	8
9	Сохибкирон	405	516	1,723	615	36	66	249	20	14	385	41	33	84	110	48	55
10	Муסיакиллик	136	209	693	266	22	60	140	10	12	244	12	17	60	69	33	11
11	С.Ахимов	52	78	228	115	7	20	22	2	1	52	4	4	19	19	12	6
	Всего	3 338	4 580	15 874	5 209	371	1 006	2 152	232	235	3 996	311	342	763	829	1 067	277

Человек, возглавляющий махаллю - «Аксакал» (в узбекском языке дословно означает «белая борода»), который по закону избирается жителями каждые 30 месяцев. Аксакал - обычно пожилой человек, к которому все обращаются с большим уважением. Он чаще всего имеет высшее образование и преуспевает в карьере или бизнесе.

По закону, Аксакал и секретарь – оплачиваемые должности. Кроме того, существует ряд органов или комиссий внутри махалли и каждая махалля создает сама свои комиссии. Обычно наблюдаются такие комиссии: аудиторская комиссия, административная комиссия, комиссия по контролю безопасности, и совет женщин. Обычно, офис махалли расположен посередине территории махалли с кабинетами для Аксакала, секретаря, а иногда даже большой площадью для проведения специальных мероприятий, таких, как свадьбы и вечера. В некоторых махаллях имеется чайхана (чайный дом), расположенный отдельно, где у них есть кухня с кухонной принадлежностью, и где они организуют встречи и вечера.

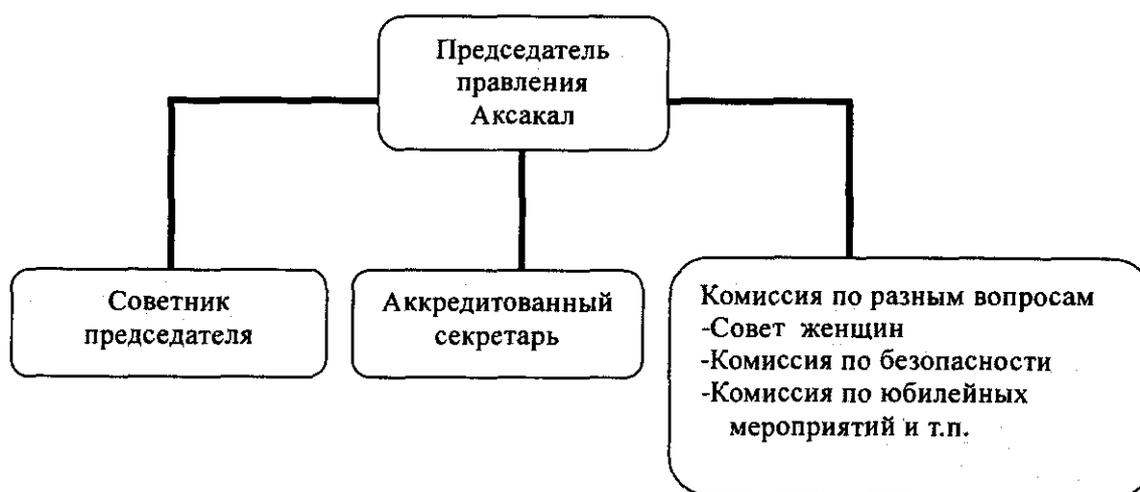


Схема 12.1 Модель структуры правления махалли

Деятельность махалли различна:

- Председательствовать на общественных мероприятиях.
- Урегулировать конфликты между домовладельцами, а также семейные споры.
- Оказывать социальную помощь нуждающимся.
- Обеспечивать медицинской помощи.
- Организовывать семинары и лекции на различные темы.
- Осуществлять благотворительные мероприятия за счет собранных средств.
- Общаться с другими махаллями.

Дополнительно к вышеперечисленному, перед махаллями поставлены задачи по оказанию помощи в сборе налогов и оплаты за коммунальные услуги, и в некоторых регионах для этого была создана поощрительная структура. 17 из 18 опрошенных махаллей ответили на наш устный опрос, что эти задачи стали практически частью их рутинной работы. Интервью с официальными представителям в г. Нукусе доказало, что махалля оказывает поощрительное влияние на тот или иной момент деятельности повседневной жизни.

(3) Бюджет

В принципе источниками дохода махалли являются государственный бюджет, взносы от социальных и благотворительных фондов, ферм и предприятий, расположенных на территории махалли, добровольных взносов и Фонда «Махалля». Ежемесячное жалование Аксакала составляет в среднем 18 000-50 000 сумов, ежегодный бюджет для одной махалли, включая оплату коммунальных расходов достигает 2-3 млн. сумов, хотя он сильно варьирует в зависимости от финансовой возможности каждой махалли.

Махалли получают деньги на социальную помощь почти полностью из центрального правительства. Фонды распределяются в начале года Министерством Финансов через его областные и районные офисы на сберегательные банковские счета, которые имеются у каждой махалли.⁴

Поощряются добровольные взносы. Добровольные взносы могут быть сделаны предприятиями и отдельными лицами, часто состоятельные люди жертвуют на махалли. Добровольные взносы отчисляется из суммы, подлежащей обложению налогом.

12.2 Социальное обеспечение

Согласно Указу Президента в августе 1994 г. была представлена схема социальной защиты. Оказание фундаментальной социальной защиты малообеспеченным слоям населения началось через махалли, а не через место работы или специальные государственные учреждения.⁵ Аксакал и махаллиский комитет сейчас могут

⁴ И б и д 7

⁵ Эрик Ю.Сиверс, 'Махалли Узбекистана: От Советов к абсолютистским местным общественным Ассоциациям,' Журнал международного и сравнительного правоведения Чикаго -Кент, Том 2, (2002), 142

решить, кто из жителей махалли получит пособия. Тем самым, махалля может отражать местную действительность, определяя действительно нуждающиеся и семьи и обеспечивая их.

В декабре 1996 г., по другому Указу Президента махалля стала средством доставки государственных пособий нуждающимся детям. Эти пособия составляют более 2% от ВВП.⁶

Наш устный опрос подтверждает, что система социальной помощи действует в махаллях. Все из 18 опрошенных махаллей ответили, что они распределяют хотя бы малоимущим семьям социальные пособия, которые, как они заявляют, поступают от правительства. Сумма поступления от правительства варьирует значительно, в зависимости от махаллей, от 8 000 до 30 000 сумов в месяц. В случае инвалидов, ветеранов войны или нуждающихся другой категории, некоторые махалли обеспечивают денежное пособие ежемесячно, а некоторые не распределяют совсем. Такое неравенство в распределении помощи главным образом происходит из-за финансового состояния каждой махалли. Только махалли, финансово изобилующие от добровольных взносов, могут распространять больше пособий жителям.

12.3 Полевое изучение в махаллях

Каждая махалля различна по размеру, деятельности, атмосфере жизненных условий и доступности к медицинским учреждениям. Ниже дается короткое описание нескольких махаллей, включая их отношение к ближайшим медицинским учреждениям и деятельности, осуществляемой по их собственной инициативе. Названия махаллей не приводятся в целях конфиденциальности.

(1) Алтиарырский район, Ферганская область

Эта аграрная махалля расположена в 50-60 км. от города. Численность домов (хозяйственных единиц) приблизительно 500, более или менее обеспечивающие свое проживание выращиванием винограда и овощей. Размер земли одного дома составляет приблизительно 1 000 - 1 500 квадратных метров; типичный дом имеет крытый портик, окруженный кухней и индивидуальными комнатами, а отхожее место расположено отдельно снаружи. На заднем дворе жители выращивают

⁶ Ибид.

виноград, несколько видов овощей и занимаются разведением скота. Они обычно используют дополнительные участки земли где-нибудь еще в кишлаке, где они могут выращивать больше овощей для продажи на рынке. Каждая семья имеет телевизор, телефон, газ и электричество.

Прямо перед офисом махалли имеется двухэтажный СВП. Согласно данным главного врача, этот СВП имеет сведения о болезнях почти всех жителей махалли. Они регулярно проводят медицинские обследования жителей.

(2) Город Ташкент

Численность населения: 4 600 чел.

Численность домов: 997 (1 280 семей)

Заместитель директора совета женщин работает главной медсестрой в расположенном поблизости медицинском учреждении – поликлинике №3, и некоторые врачи, живущие в данной махалле, также являются членами совета женщин. По словам Аксакала такая ситуация благополучна, потому что более доступно для мониторинга состояния здоровья жителей. Офис махалли обеспечивает комнату, где проводится медицинское обследование жителей, а также имеют место консультации для женщин.

Аксакал подчеркнул, что степень управления этой махаллей в плане финансов достигается 90% независимости от правительства. Зарубежные инвесторы и предприятия оказывают донорскую поддержку в значительных сумм денег каждый год и донорский взнос осуществляется иногда по просьбе. Используя бесплатный труд жителей махалли и финансовую поддержку от предприятий, сейчас они строят новую чайхану, дополнительно к одной чайхане, которая уже существует.

Поликлиника №3 была построена с плановой работоспособностью на 200 пациентов в день, но, действительное количество пациентов оказалось 80-100 в день. Эта поликлиника обеспечивает услуги, включая вакцинацию и визиты на дом бесплатно. Она имеет 2 филиала, охватывая жителей 10 махаллей, с 2 аптеками поблизости. Проводится регулярный медицинский осмотр младенцев, детей и периодически наблюдаются беременные женщины.

(3) Чиланзарский район, г. Ташкент .

Численность населения: 4 500 чел.

Численность домов: 1 900 (2 100 семей)

Эта махалля управляет 280 домами, построенными в узбекском стиле с 320

семьями и 25 этажным зданием с 650 квартирами. Территория включает 12 улиц, для каждой улицы назначен уличный координатор. На территории имеется детский дом, которому махалля оказывает поддержку и внимание.

Ближайшее медицинское учреждение – поликлиника №29, созданная в 1965 г., охватывающее 3 других махалли с общим населением 25 000. Они назначают врачей по улицам, и обеспечивают медицинское лечение на дому по вызову.

В течение месяца, предшествующего нашему визиту, было проведено медицинское обследование женщин, проживающих в махалле. Совет женщин насчитывает 36 членов. Совет обеспечивает, чтобы должное внимание уделялось инвалидам и семьям с низким доходом, и дважды в месяц контролирует детский сад, расположенный по соседству, соответствует ли школьное питание государственным требованиям потребности калорий.

(4) Кибрайский район, Ташкентская область

Численность населения: 781 чел.

Численность домов: 184 (213 семей)

Районная поликлиника и районная больница расположены на расстоянии ходьбы, и медицинское учреждение, расположенное далеко, находится на расстоянии в 1,5 км. Еще поблизости находится реабилитационный центр для женщин с бесплодием. Каждый год данная махалля обеспечивает бесплатное общее медицинское обследование для всех жителей, и периодически организует контроль новорожденных и младенцев. По сезонам они оказывают определенные медицинские услуги: семинар для пар, вступающих в брак осенью, семинар по острым кишечным заболеваниям летом. Также организуются семинары девочек-подростков и женщин фертильного возраста и посещение на дому одиноких пенсионеров в качестве социальной помощи.

(5) Каратайский район (150 км от Нукуса), Республика Каракалпакстан

Численность населения: 2 480 чел.

Численность домов: 480

Расположенная поблизости фабрика по производству щебня обеспечивает работу для населения, однако, 20-30% населения остаются безработными. Находясь посередине пустыни, жители живут в тяжелых условиях и нехваткой почти всего: у них нет газа (они не могут себе это позволить, вместо газа многие семьи предпочитают использовать дрова), единственный доступный телефон имеется в

махаллинском комитете, мясо редко присутствует на столе.

Поликлиника находится в 3 км. от поселка, где 25 коек дневного ухода и работают 2 врача: врач общей практики и педиатр. Из-за отсутствия водопровода и колодца вода периодически привозится и хранится в подземном танкере снаружи. Лекарства и инъекции немногочисленно выставлены на полках. Регулярные медицинские обследования или патронаж беременных женщин не проводится, только когда наступает время родов, они едут в больницу в Нукус и рожают там. Более того, женщины, у которых брали интервью, заявили, что они никогда не поведут детей до 5 лет в медицинское учреждение только по экономическим соображениям. В этой махалле и ее окрестностях практически невозможно получить необходимые лекарства, потому что пациенту необходимо ехать за 150 км. в аптеку в Нукус.

(б) Махалля “Айран Тепа”, Тойтепинский район, Ташкентская область.

Численность населения: 517 чел.

Численность домов: 485 (517 семей)

В связи с ограниченным бюджетом в махаллинском комитете не выплачивается зарплата никому, даже самому упомянутому Аксакалу. У них имеется одна СВА, которая обслуживает и 4 другие махалли. Врачи посещают на дому, но не обеспечивают лекарств, поэтому пациентам всегда приходится идти в аптеку. Социальная денежная помощь идет малоимущим семьям и другим категориям нуждающихся, хотя не предпринимается инициатива для поддержки здоровья населения: медицинские обследования не проводятся, беременные женщины не наблюдаются, никогда не проводились семинары на медицинские темы. В целом, никаких усилий по улучшению жилищных условий со стороны махалли не предпринимается.

12.4 Отношение махаллей к медицинским учреждениям и уходу

Медицинские пункты имеют важные связи с махаллями. Хотя маленькие махалли могут иметь один медицинский пункт на несколько махаллей. Обычно хотя бы одно медицинское учреждение такое, как СВП, поликлиника или СВА расположено в махалле. Врачи и сестры ездят на работу из своих махаллей в другие махалли, а жители редко покидают махалли, где они выросли, что дает местному медицинскому персоналу большую осведомленность о состоянии

здоровья жителей махалли. Таким образом, имеется тесное сотрудничество между махаллей и медицинским учреждением и крепость их соотношений должна быть подчеркнута, хотя оно может быть неформальное и трудно объективно оценить явность. Однако, наше базовое изучение и устный опрос показал, что у жителей сельской местности имеются проблемы с доступностью к аптекам. Мы часто выслушивали жалобы о том, что многим надо далеко ехать только для того, чтобы купить лекарство, выписанное врачом (более подробное описание дается в Главе 9 «Логистика поставки лекарств»).

Стало очевидно, что финансовая стабильность доминирует над качеством и частотой услуг, оказываемых махаллей. Существует большая пропасть между имущими и неимущими. Только сообщество, где имеются состоятельные предприятия и меценаты, часто оказывающие добровольные пожертвования, может осуществить активные медицинские услуги и проявлять инициативы для улучшения жилищных условий.

12.5 Фонд махалли

Два основных органа управляют махаллями и сотрудничают с махаллями: хокимият и Фонд махалли.

Хокимият является государственным органом, существующий на каждом административном уровне: республиканском, областном и районном. Он занимается всеми административными вопросами с жителями и их законодательными правами.

Тогда как Фонд махалли является неправительственной организацией, деятельность которой в принципе осуществлена на пожертвования. Историческое развитие и функции изложены ниже.

Согласно Указу Президента Фонд махалли создан правительством в 1992 г. Этот фонд начал свою деятельность со значительной суммы денег, перечисленной правительством, а теперь его деятельность осуществляется в принципе пожертвованиями. Его функцией является координация махалли, проведение исследования махалли и поиск функции махалли как фундаментальной единицы в переходном периоде Узбекистана к демократическому гражданскому обществу.⁷

⁷ Ибид, 122

Один официальный представитель добавил, что они фокусируются на помощи махаллям, нуждающимся в помощи, поддерживают семьи с низким доходом, изучают лучшую практику и передают опыт другим махаллям. Правление в целом насчитывает 700 работников, на каждом областном уровне - 5 работников, на каждом районном уровне - 3 работника. Их повседневная деятельность различна. Фонд часто занимается благотворительной деятельностью, организует спортивные состязания для детей, выступает связующим звеном между махаллями и хокимиятом. В действительности 15 марта 2003 г. Фонд организовал общенациональное мероприятие с призывом к пожертвованиям и заработал 20,000 долл. США, с помощью которых был построен спортивный комплекс и различные здания.

Бюрократия запутывает и затрудняет роль и законодательные права Фонда махалли. Некоторые из их задач переkreшиваются с таковыми хокимиятов или они не делятся необходимой информацией между собой. Поскольку возникает проблема, препятствующая гладкой координации между махаллями, хокимиятом, Фонду махалли необходимо предпринять меры. Официальный представитель сообщил нам, что осенью в стране планируется вступление в действие нового закона, определяющего роль Хокимията и Фонда махалли для лучшей организации. Ожидается, что произойдет рационализация их задач.

12.6 Заключение

- (1) Путем использования настоящей системы махалли, может быть усилено взаимодействие между обществом и медицинским учреждением. Таким же образом, национальная программа по здравоохранению может быть распространена через махалли.
- (2) Необходимо вовлечь уважаемых лидеров в процесс реформ. Лидеры сообщества должны получать больше признания.
- (3) Необходимо больше стандартизировать функции и обязанности махалли, чтобы пропасть между активными махаллями и неактивными была уменьшена. Также необходимо предусмотреть финансовый статус махалли
- (4) Важно, чтобы махалля могла функционировать как институт по сбору медицинских страховых взносов, так как они уже выполняли подобные задачи.
- (5) Необходимо предпринять шаги по упрощению некоторых задач, частично

совпадающих между Хокимиятом и Фондом махалли. Это обеспечит более гладкое осуществление программ по улучшению здоровья и распространению программ в махаллях.

- (б) Кроме всего этого, во-первых, необходимо провести полное и глубокое исследование на национальном уровне, чтобы осуществлять связь между махаллей и медицинским учреждением, и чтобы получить полное представление о том, какие и каким образом программы были осуществлены (или не были осуществлены) в каждой махалле. Это прояснит лучшую практику и сложности настоящего положения, и таким образом, определит возможные функции махалли в будущем.

ГЛАВА 13
ОСНОВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ

13 Основное изучение

13.1 Подготовка основного изучения

Основное изучение проводится с целью (i) подробного определения условий, преобладающих по всему Узбекистану в целом и по регионам в частности, (ii) дополнительный сбор данных и (iii) применение подробного определения условий, преобладающих по всей стране для формулирования будущей структуры по совершенствованию здравоохранения и медицинского обслуживания в соответствии с Генеральным Планом. Там, где это возможно, часть изучений может быть выполнена местными консультантами. Разделение заданий на те, которые должны быть выполнены группой изучения и те, которые могут быть выполнены местными специалистами-субподрядчиками, приведены ниже:

**Таблица 13.1 Вопросы основного исследования:
для группы исследователей и местных специалистов-субподрядчиков**

	Изучение группой изучения				Изучение местными специалистами-субподрядчиками
	Устный опрос	Наблюдение/ инспекция на местах	Групповое обсуждение	Имеющиеся данные: - Книги - Записи и т.д.	
а. Финансирование здравоохранения	0	0	-	0	-
б. Медицинские учреждения	0	0	0	0	0
в. Система направления пациентов	0	0	-	0	0
г. Информационная система здравоохранения	0	0	-	0	-
д. Изучение ситуации с предлагающими медицинскими услугами	0	0	-	-	0
е. Расстановка кадров	0	0	-	0	0
ж. Изучение потребности в медицинском обслуживании в обществе					
- Домохозяйства	0	0	-	-	0
- Социологическое и медико-антропологическое изучение	0	0	0	-	0
- Изучение ситуации с бенефициариями (получателями).	0	0	0	-	0

13.1.1 Выбор и ситуация областей изучения

(1) Основное изучение I

На основе критериев отбора ЮНИСЕФ, которые включают в себя региональную классификацию, структуру населения, взаимоотношения между городским и сельским населением, социальные и экономические показатели, промышленную структуру, природные условия, включая географические особенности, состояние окружающей среды и т.д., следующие пять областей являются претендентами на исследование: Ташкентская (включая г. Ташкент), Бухарская, Самаркандская, Навоийская и Республику Каракалпакстан, которые представляют условия, преобладающие в этих регионах. Более того, на семинаре с участием местных партнеров, начальников и/или заместителей начальников областных управлений здравоохранения, начальников финансовых управлений областей и руководителей управлений здравоохранения районов, из этих пяти областей были отобраны по 2 района (всего десять районов) в качестве объектов для пилотного изучения.

(2) Основное изучение II

Узбекская сторона попросила расширить место изучения, и в изучение была включена одна область Ферганской долины, принимая во внимание ее важные особенности. В ходе обсуждения Министерством Здравоохранения и Группой изучения ЛИСА были выбраны 2 района для расширения места изучения. Данные места изучения были выбраны в соответствии с критериями пилотных районов по проекту «Здоровье-1», включая городскую, сельскую местность и столицу, т.е. город Фергана. Более того, основное изучение II было проведено как дополнительное к основному изучению I, поэтому, выбранные 5 областей (10 районов) основного изучения I, были также областью изучения для основного изучения II.

Обзор областей изучения приводится ниже:

Table 13.2 Обзор мест изучения

Область - реципиент (Город)	Районы- реципиенты	Число населе- ния	Существующее медицинское учреждение	Примечания
Город Ташкент	Хамзинский район	208 700	Больница для ветеранов Великой отечественной войны, Центр переливания крови, Инфекционная больница, Диагностический центр для взрослых, Диагностический центр для детей, Поликлиника завода по производству сельхозтехники г. Ташкента Медико-санитарная часть авиационного завода, Семейная поликлиника: 4, Стоматологическая поликлиника для взрослых, Стоматологическая поликлиника для детей, Дерматологический диспансер	Ташкент представляет собой современную столицу. Расположен в восточной части ,в промышленной зоне города. Там находятся несколько научных центров и Первый Ташкентский медицинский институт.
Ташкентская область	Зангиатинский район	155 900	ЦРБ (425 коек), Детская больница, Детская инфекционная больница, Поликлиника: 2, SVP : 4, SVA : 8, ФАП: 17	Расположена в восточном направлении от г. Ташкента. Район городского типа. Основные виды производства - разведение крупнорогатого скота и овощеводство
Самаркандская область	Самаркандский район	250 263	ЦРБ, Сельская больница, Инфекционная больница, Районная поликлиника х 2, СВП: 26, СВА: 4	Район городского типа и окружающий городом Самарканд. Основное производство - выращивание фруктов и овощей для поставки в г. Самарканд.

Область - реципиент (Город)	Районы-реципиенты	Число населения	Существующее медицинское учреждение	Примечания
Самаркандская область	Нарпайский район	151 145	ЦРБ, Инфекционная больница Районная поликлиника: 2, СВП: 13, СВА: 2, ФАП: 39	Граничит с Навоинской областью, расположен в северо-западной части Самаркандской области. Основное производство - выращивание хлопка.
Бухарская область	Коракульский район	122 000	СРН (355 коек), Центральная поликлиника: 2, Детская поликлиника, Стоматологическая поликлиника, СВП: 26, СВА: 5, ФАП: 6	Расположен в восточной части области, граничит с Туркменистаном. Основное производство - выращивание хлопка и разведение крупнорогатого скота. Имеются нефтеперерабатывающие заводы.
	Джондорский район	125 000	ЦРБ (330 коек), Поликлиника, СВП: 20, СВА: 12, ФАП: 16	Район пригородного типа близко к г. Бухара. Основное производство - выращивание хлопка, выращивание сельхозпродукции, разведение крупнорогатого скота
Навоийская область	Кизилтепинский район	109 713	ЦРБ, Туберкулезный диспансер, Центральная поликлиника : 2 СВП: 20, СВА: 4, ФАП: 8	Расположен в южной части области. Имеется искусственное водохранилище для сельскохозяйственной ирригации. Основное производство - выращивание хлопка.
	Конимехский район	41 423	УРБ, Сельская больница: 3, Поликлиника, СВП: 6, ФАП: 23	Расположен в западной части области. Основное производство - разведение крупнорогатого скота Плотность населения - низкая (2,6 /км ²)

Область - реципиент (Город)	Районы-реципиенты	Число населения	Существующее медицинское учреждение	Примечания
Республика Каракалпакстан	Берунинский район	146 100	ЦРБ, Сельская больница, Туберкулезный диспансер, СВП: 6, СВА: 8, ФАП: 38	Расположен в южной части республики, в бассейне реки Амударьи. Основные виды производства- хлопок и овощеводство
	Тахтакупирский район	43 600	ЦРБ, Сельская больница, СВП: 4, СВА: 5, ФАП: 16	Расположен в восточной части республики, в зоне сухого климата. Основное производство- разведение крупнорогатого скота. Плотность населения – низкая.
Ферганская область	Ташлакский район	141 346	ЦРБ (440 коек), Инфекционная больница (60 коек), Поликлиника, Детская поликлиника, Стоматологическая поликлиника, Туберкулезный диспансер, СВП: 16, СЭС, Институт Здоровья	Расположен приблизительно в 10 км к северу от столицы области, г. Фергана Основной производства - хлопководство и садоводство. Г. Фергана – район городской и пригородной зоны, имеющий хороший доступ.
	Алти-Арыкский Район	157 888	ЦРБ (365 коек), Районная больница (90 коек), Городская больница имени Хамзы (130 коек), Районная больница:2 (всего 90 коек), Инфекционная больница (40 коек), Поликлиника, Стоматологическая поликлиника, Поликлиника для детей, Туберкулезный диспансер, СВП: 15, СВА: 3	Расположен приблизительно в 30 км западнее от г. Фергана. Так же как г. Фергана, этот район относится к центральному региону этой области. В этом районе находится 2-й крупный город, Кокандом. Основной производство - выращивание хлопка, винограда и овощей.

Примечание

ЦРБ: Центральная районная больница

СВП: Сельский врачебный пункт

СВА: Сельская врачебная амбулатория

ФАП: Фельдшерско-акушерский пункт

13.1.2 Методология полевого изучения

Перед проведением полного основного изучения, было проведено пробное краткосрочное базисное изучение совместно с партнерами в г. Ташкенте и Ташкентской области. Целью пробного изучения являются: а) проверка анкетного опроса и внесение изменений в него по мере необходимости для рационального проведения более крупномасштабного изучения и б) передача методологии полевого исследования партнерам и субподрядным консультантам. Подробные компоненты основного изучения даны в Вспомогательной отчете. Основные вопросы полевого исследования приведены ниже:

(1) Финансовое состояние здравоохранения и подготовка балансового отчета

Несмотря на то, что медицинское обслуживание в основном бесплатное, началось поэтапное введение платного медицинского обследования. Дискуссия о необходимости повышения уровня здравоохранения и медицинского обслуживания, и ограниченности бюджетных средств началось. При введении платного медицинского обслуживания, необходимо изучить такие факторы, как выбор оптимальной формы финансирования, который согласуется с преобладающей социальной системой, установление приемлемых цен, а также повышение уровня управления финансовыми средствами, как с макроэкономической (уровень национальной экономики), так и с микроэкономической (управление больницей) позиций.

С учетом существующих экономических условий и тенденции в Узбекистане, в первую очередь необходимо изучить текущую ситуацию с финансированием здравоохранения (государственное и частное медицинское обслуживание на общенациональном и региональном уровнях и по секторам) в стране с точки зрения макроэкономической перспективы, а также необходимо подготовить правительственный балансовый отчет по финансированию сектора здравоохранения. В то же время, требуется изучить финансовую и административную ситуацию соответствующих медицинских учреждений с микроэкономической точки зрения, что становится основой для анализа затрат на медицинское обслуживание и административных затрат на уровне исполнительного ведомства.

(2) Ситуация в медицинских учреждениях

Во времена СССР, Узбекистан поддерживал громоздкую и неэффективную систему

здравоохранения с высокой степенью сегментарного разделения медицинской инфраструктуры в зависимости от вида предоставляемых медицинского обслуживания, системы разделения больниц и поликлиник, а также избыточного количества объектов медицинской инфраструктуры и персонала. Хотя со времени приобретения независимости Узбекистан проводит реформу здравоохранения, нацеленную на оптимизацию медицинской инфраструктуры и персонала, ограниченный бюджет сдерживал возможности для закупки и технического обслуживания оборудования, а также закупку необходимых фармацевтических препаратов, таким образом, серьезно затруднив достижение адекватного уровня в здравоохранении и деятельности медицинской службы.

Следовательно, ситуация с медицинским учреждением и оборудованием, функционирование и управление медицинским обслуживанием, система утилизации и финансовый статус программы медицинского обслуживания должны быть исследованы, как с «мягкой», так и «жесткой» точек зрения, в качестве основы для оценки, насколько достигнута своя цель и задача медучреждениями.

(3) Система направления пациентов

В настоящее время Узбекистан пытается реорганизовать прежнюю сегментарную и сложную систему переадресации пациентов (от первичных до третичных медицинских учреждений). В то же время, правительство проводит политику по стимулированию укреплению частного сектора. Также, медицинские учреждения, не находящиеся под юрисдикцией Министерства Здравоохранения (железнодорожные больницы и т. п.), сохраняет свои законные права.

Таким образом, должно быть изучено общее положение существующей системы направления пациентов, успехи реформы, лучшая практика и проблемы, относящиеся к системе переадресации пациентов. Необходимо сопоставить функции, которые должны выполнять соответствующие учреждения направления, а также проанализировать препятствия по эффективному функционированию сети учреждений направления пациентов и элементы, гарантирующие улучшения.

(4) Ситуация с информационной системой здравоохранения

В рамках сети, созданной во времена бывшего Советского Союза, существовала довольно продвинутая регистрационная система и программа статистических исследований. Компьютеры используются для информации о здравоохранении и

обработки данных на центральном и областном уровне, но имеются только несколько простых программ базы данных, разработанных в зависимости от различных целей ввода данных. В связи с этим, точность данных низка и обработка данных занимает слишком много времени.

В настоящее время осуществляются проекты других донорских организаций (ВОЗ и др.), направленные на усовершенствование информационной базы данных.

В свете вышеизложенного, должна быть исследована нынешняя ситуация с информационным менеджментом в соответствующих медицинских учреждениях и характером применения этих данных в мониторинговой деятельности, и выявлены проблемные вопросы

(5) Исследование ситуации с поставщиками медицинских услуг

В настоящее время идет реорганизация системы направлений пациентов и совершенствуется использование инфраструктуры и кадров. В этом контексте, становится чрезвычайно важным то, каким образом медицинские работники удовлетворяют требования на местах в рамках новой системы направления пациентов, а также осведомленность о необходимости предоставления медицинского обслуживания должным и эффективным образом.

Следовательно, качество деятельности медицинского персонала в процессе оказания таких услуг должно быть изучено с точки зрения Знания, Отношения и Практики (ЗОП). Должны быть проанализированы различия или недопонимания между поставщиками медицинских услуг и реципиентами услуг, и выявлены аспекты в деятельности медицинских работников, которые необходимо усовершенствовать.

(6) Положение дел с распределением кадров

Так как медицинское обслуживание было сильно сегментировано в старой социалистической бюрократической системе, по-прежнему наблюдается избыточное количество и неэффективность в исполнении заданий. В результате, программа реформы здравоохранения преследует цели оптимизации работы медицинских учреждений и персонала.

Тем не менее, в связи с децентрализацией обязательств по найму и распределению медицинского персонала (в медицинские учреждения областного уровня), плановое и

обязательное назначение кадров от центрального правительства до местных органов управления более не производится. Ситуацию усугубляет и то, что медики, недовольные назначением в сельские районы, тянутся в городские центры, что приводит к перекосу в количестве и качестве медицинского персонала по регионам. Кроме того, в некоторых регионах растет дефицит кадров в области управления финансами здравоохранения и руководства больницами.

Таким образом, необходимо изучить ситуацию с медицинским персоналом и необходимые уровни подготовки в пределах исследуемой области и проанализировать проблемные вопросы, касающиеся распределения кадров.

(7) Изучение потребностей в медицинском обслуживании и услугах здравоохранения на местах

1) Изучение домохозяйств

Изучение домохозяйств должно определить ежедневную атмосферу, царящую в семье, уровень жизни, заболеваемость, смертность и предпринятые действия, когда сельский житель заболевает. Таким образом, определяются потребности в услугах здравоохранения, производится оценка доступа к медицинским учреждениям и прогнозируются будущие потребности в услугах здравоохранения. Изучение семей проводится в форме собеседования, основанного на вопроснике, который раздается 6 000 семьям.

2) Социологическое и медико-антропологическое исследование

В процессе собеседования должны быть изучены: влияние социалистической бюрократии, организации местного самоуправления (махалля), мусульманской культуры, гендерных ролей, доверие к традиционной медицине и ее врачам, отношение местного населения к вопросам здравоохранения и санитарии, отношение к определению «больной» и «здоровый», а также отношение к браку и сексу. В отношении вопросов здравоохранения, подтверждающих улучшение, полученные сведения должны быть перепроверены при изучении домохозяйств и если существуют противоречия, то должны быть определены их причины.

3) Изучение ситуации с бенефициариями

Данное изучение проводится с целью выявления потребностей людей на местах услуг здравоохранения, мнения об этих услугах, что предпринимают больные для получения доступа к таким услугам и их впечатления от такого обслуживания. В

рамках этого исследования, проводится опрос среди пациентов, выходящих из медицинских учреждений после медицинского обслуживания, спрашивают причины посещения, факторы, препятствующие получению пользы от медицинского обслуживания, а также сомнения при доступе к таким услугам.

13.2 Результаты основного изучения

Основное изучение было проведено для поддержки «Национальной Программы по реформированию здравоохранения 1998-2005 гг.», чтобы прояснить ситуацию в здравоохранении и проанализировать потребности и их удовлетворение на всех уровнях системы медицинских услуг. 5 областей (Ташкентская, Самаркандская, Ферганская, Бухарская и Навоийская), а также Республика Каракалпакстан были выбраны в качестве пилотных районов. Подробно результаты изучения приводятся в отдельном томе.

13.2.1 Обзор изучения на основе вопросников и результатов

(1) Исследование ситуации с поставщиками медицинских услуг

Чтобы выяснить действительную ситуацию с медицинскими учреждениями и проанализировать осведомленность медицинских работников, было опрошено 110 сотрудников из числа мед.работников на всех уровнях медицинских учреждений.

1) Условия работы

Большинство мед. работников было назначено на настоящую работу и в среднем 12% (варьирует от 0 до 25%) имеют дополнительную работу. Однако, 90% продолжает работать в качестве медицинского персонала с момента окончания учебного заведения; изменение работы среди них непопулярно. Доход большинства в диапазоне от 10 000 до 50 000 сум от старшей медсестры до главного врача государственной больницы, и дополнительный доход от дополнительной работы частично поддерживает бюджет. Свыше 80% удовлетворены настоящей работой по причине «человеческих отношений» и «профессионализма».

2) Образование и обучение

Переобучение медперсоналов хорошо известно, и «подготовка ВОП» и «обучение универсальной сестры» широко признаются в пилотных областях. Свыше 80%

интервьюируемых хотели бы пройти переподготовку для повышения квалификации. Тенденция «непрерывного медицинского образования» (НМО) постепенно принимается как самостоятельное чтение и посещение семинаров. Те, кто не заинтересован в обучении, ответили «не удовлетворены нынешней ситуацией» или «нет возможности», и эта тенденция высока в Каракалпакстане и Навоийской области.

3) Обеспечение медицинских услуг

Понятие медицинского обслуживания, «общение с пациентом», «обеспечение высоких технологий», «адекватное лечение» и «затратно-эффективное (экономически выгодное) обслуживание» было высоко поддержано, гораздо больше, чем «качество жизни» или «облегчение боли». Почти 95% опрошенных ожидают медицинской осведомленности пациентов в ответ на семейный уход.

4) Менеджмент медицинского обслуживания

Большинство интервьюируемых признали слабость и важность административного управления.

(2) Исследование медицинских учреждений

Подробно описываются в отдельных главах: «менеджмента и администрирования услуг здравоохранения», «медицинские учреждения и оборудование» и «аптека и логистика лекарств».

(3) Изучение домохозяйств

1) Характеристика жилища

В сельской местности коэффициент самостоятельных владельцев домов составляет 80%, тогда как коэффициент проживающих в арендованных квартир в г. Ташкенте - 80%. Основные коммунальные услуги предоставляются более 80%, но в сельской местности в среднем 40% населения зависит от артезианской и привозной воды. Также сливной туалет распространен только в г. Ташкенте, конкретно в 98%, остальные используют уборную с выгребной ямой.

2) Состав домохозяйств

В городской местности, состав средней семьи меньше, чем в сельской местности, особенно в г. Ташкенте: семьи из 2-4 человека составляют 75%. В Каракалпакстане,

семьи, включающие свыше 6 человек, составляют 18%; 65% интервьюируемых имеют среднее образование, 23 % имеют высшее образование.

В г. Ташкенте 20% населения могут заработать 40 000 сум в месяц, в то время как 55% в Каракалпакстане зарабатывает всего лишь менее 5 000 сум в месяц.

3) Средства к существованию

Как упоминалось выше, жители столицы зарабатывают максимально в 5 раз выше, чем в сельской местности. Основной источник – заработная плата, составляющая 65%, пенсия составляет 13%.

4) Общие знания и использование услуг здравоохранения

Информация о распределении службы здравоохранения широко известна. Аптека наиболее популярна и доступна в сфере здравоохранения. Учреждения первичного звена здравоохранения, такие как поликлиники и СВП идут следующими за аптекой. Районная больница выбирается в тяжелых случаях или при хронических болезнях. В сельской местности, из-за невозможности вызова 03 в неотложных случаях, СВП/поликлиника выбираются даже для срочных случаев. Частота использования аптеки в среднем 3-4 раза в год, а амбулаторные учреждения - 2 раза в год в целом. Пациенты в большинстве случаев приходят пешком - 60%. Причины посещения: «наличие врача», «единственно доступное» и «надежное».

В семье, жена ухаживает за больным и глава семьи принимает решение о выборе медицинского учреждения и оплате. Когда получатели медицинских услуг не получают должной пользы, они становятся разочарованными: аптека вызывает их разочарование в 27%; амбулаторные учреждения в 14% и роддома в 10%. Жители столицы ответили «очень разочарованы» «слишком дорогой оплатой». Однако так как нет альтернативного выбора, в целом 75% ответили, что будут продолжать пользоваться услугами тех же самых учреждений здравоохранения.

Информация о первичном здравоохранении известна такая, как «иммунизация», «планирование семьи», «развитие ребенка» и «антенатальный и перинатальный уход». 93% поддерживают важность профилактики, однако дополнительные затраты на здоровье предполагаются низкие, менее 1 000 сум.

(4) Социологическое и антропологическое изучение

1) Определение здоровья

«Правильное питание», «наслаждаться времяпровождением со своей семьей и друзьями», «ощущать себя счастливым большинство времени», «никогда не болеть ничем серьезнее, чем легкая простуда, грипп или расстройство желудка», «дожить до глубокой старости» - наиболее популярные представления о том, что значит быть здоровым. Также подчеркивается дружба, что подразумевает менталитет, ориентированный на группу.

2) Отношение к здоровью

«Вести правильный образ жизни», «говорить с врачом откровенно о заболевании», «рассматривать еду как сбалансированную диету», «посещать врача до того, как симптомы стали серьезными» и «стараться проходить регулярные мед.осмотры» - наиболее популярные взгляды к определению «быть здоровым». Это подразумевает, что доверие к врачу подтверждено, и экономически выгодные расходы на профилактику понятны.

3) Социализм, религия и традиция

Не наблюдается значительное влияние религии и социализма, но давление со стороны общества, народные обычаи и разница между полами оказывают некоторое влияние. Подробности описываются в «Главе 2 Первичная медико-санитарная помощь».

(5) Изучение ситуации с бенефициариями (выездное исследование)

1) Проблемы в здравоохранении в настоящее время

Пациент главным образом посещает медицинское учреждение не для профилактики, а для лечения, и ищет соответствующее лечение поблизости от дома. Половина пользователей посещает учреждение пешком и чувствует, что в целом это доступно. За прошлый год частота визитов «1 раз» и «4-5 раз» в совокупности составили 90%. Время ожидания варьирует от 15 мин. до 1 часа, включая высокоспециализированное учреждение третичного уровня, однако, пациенты считают, что они получили удовлетворительное лечение и выразили желание вернуться, когда в случае необходимости.

2) Отношение к услугам здравоохранения

Причины возвращения в то же самое учреждение основаны на удовлетворенности и конфиденциальности, что подкрепляется доступностью. Претензии о лечении или недостаточной доступности стали основными причинами, когда пациент меняет или прекращает посещение той же больницы.

3) Отношение к расходам на здравоохранение

Хотя лечение бесплатно, выписанные лекарства должны быть оплачены. В отношении желания платить, 50% пациентов согласились с оплатой менее 10 000 сум в год.

4) Деятельность первичного здравоохранения

Деятельность первичного здравоохранения известна через радио и от медицинского персонала, хотя они редко появляются в средствах массовой информации (на ТВ), в газетах и школьных кампаниях.