



МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОЖИВАНИЯ АРАБСКОГО НАСЕЛЕНИЯ  
НА ОККУПИРОВАННЫХ АРАБСКИХ ТЕРРИТОРИЯХ, ВКЛЮЧАЯ ПАЛЕСТИНУ



Доклад Специального комитета экспертов по изучению  
медико-санитарных условий проживания населения на оккупированных территориях

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
А. История вопроса и условия для посещения . . . . .	2
В. Основная информация по поездке . . . . .	3
13. Перечень лиц, предоставивших информацию . . . . .	3
14. Источники информации . . . . .	4
15. Программа посещений . . . . .	4
С. Анализ медико-санитарных условий . . . . .	5
16. Демографический анализ . . . . .	5
17. Аналитическое описание основных заболеваний . . . . .	5
18. Анализ состояния служб здравоохранения . . . . .	6
18.1 Инфраструктура - оборудование . . . . .	6
18.2 Кадры здравоохранения - подготовка кадров . . . . .	9
18.3 Деятельность служб здравоохранения . . . . .	10
18.3.1 Лечебные мероприятия . . . . .	10
18.3.2 Профилактические мероприятия . . . . .	11
18.3.3 Санитарно-просветительные мероприятия . . . . .	12
18.4 Другая деятельность . . . . .	12
18.4.1 Здравоохранение в тюрьмах . . . . .	13
18.4.2 Иорданский Красный Полумесяц . . . . .	13
18.5 Бюджет здравоохранения . . . . .	13
18.6 Обеспечение лекарственными средствами, медицинским и хирургическим оборудованием . . . . .	13
18.7 Вопросы планирования . . . . .	13
18.8 Участие населения . . . . .	14
19. Медико-санитарное страхование . . . . .	14
Д. Рекомендации . . . . .	14
Е. Выводы . . . . .	15

## А. ИСТОРИЯ ВОПРОСА И УСЛОВИЯ ДЛЯ ПОСЕЩЕНИЯ

1. Всемирная ассамблея здравоохранения в резолюции WNA26.56 от 23 мая 1973 г. по вопросу о медико-санитарной помощи беженцам и перемещенным лицам на Ближнем Востоке на своей Двадцать шестой сессии приняла решение о создании Специального комитета экспертов, назначаемого тремя государствами-членами. На Пятьдесят второй сессии Исполнительный комитет избрал в качестве таких государств-членов Индонезию, Румынию и Сенегал. Участники Комитета избрали представителя Сенегала в качестве председателя группы. Мандат, полученный Комитетом от Ассамблеи здравоохранения, предоставлял участникам группы право на изучение медико-санитарных условий проживания населения на оккупированных территориях Среднего Востока во всех аспектах, и предполагалось, что группой будет представлен полный отчет об этом Двадцать седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. В то же самое время, Ассамблея предложила Специальному комитету для выяснения интересующих его вопросов обратиться ко всем правительствам и учреждениям, которые имеют к этому отношение. Ассамблея обратилась также с просьбой ко всем правительствам оказать всяческое содействие участникам Специального комитета, особенно в вопросах, связанных с обеспечением свободного передвижения на оккупированных территориях. Помимо этого, Ассамблея предложила Генеральному директору обеспечить Специальный комитет всем необходимым для выполнения его миссии.
2. В резолюции WNA27.42 от 21 мая 1974 г. Двадцать седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения отмечает, что участники Комитета не смогли посетить арабских территорий, оккупированных Израилем, во исполнение постановляющей части резолюции WNA26.56. В связи с этим, Ассамблея призвала правительство Израиля оказать содействие Специальному комитету в этом вопросе и особенно в том, что касается свободного передвижения на оккупированных территориях.
3. Двадцать восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения вновь отметила, что Комитету не было предоставлено возможности посетить арабские территории, оккупированные Израилем, и в своей резолюции WNA28.35 от 28 мая 1975 г. Ассамблея вновь обратилась с призывом к правительству Израиля о сотрудничестве.
4. Двадцать девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, приняв к сведению тот факт, что Комитет не получил разрешения на посещение оккупированных территорий и что его члены получили лишь индивидуальные приглашения, вновь обратился с призывом к властям Израиля принять участников Комитета и обеспечить свободное передвижение его участников по оккупированным арабским территориям. В резолюции WNA29.69 от 20 марта 1976 г. Ассамблея предложила Специальному комитету посетить арабские территории и выполнить свою миссию в соответствии с мандатом, полномочия которого определены в резолюции WNA26.56. В резолюции содержался особый призыв к Специальному комитету обеспечить необходимые консультации с арабскими государствами, имеющими отношение к вопросу, и с Организацией Освобождения Палестины (ООП), с тем чтобы обеспечить выполнение названной резолюции.
5. Тридцатая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в резолюции WNA30.37 от 18 мая 1977 г., полагая, что должное соблюдение положений мандата Специального комитета является необходимым условием для осуществления его миссии, предложила Комитету посетить все арабские оккупированные территории, с тем чтобы выполнить задачу, возложенную на него Ассамблеей здравоохранения.
6. В докладе Специального комитета Тридцать первой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (документ A31/37 от 3 мая 1978 г.) отмечалось, что впервые за все время Комитет получил возможность передвижения по оккупированным арабским территориям и смог посетить их в соответствии со своим мандатом. После описания технических аспектов (инфраструктуры, лекарственных средства, оборудование, персонал и услуги), административных аспектов (структуры, условия найма) и социальных аспектов (страхование по болезни, социальные условия для персонала здравоохранения, тюрьмы и Организация Палестинского Красного Полумесяца) Комитет сделал ряд рекомендаций, ссылка на которые дается ниже, в настоящем докладе.
7. Тридцать вторая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, с учетом предыдущих резолюций и полагая, что Специальный комитет экспертов не осуществил исследования, о котором шла речь в резолюции WNA31.38, решила отложить рассмотрение этого пункта повестки дня до Тридцать третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения и предложила Комитету представить доклад по этому вопросу к указанному времени.

8. Ссылаясь в своем письме от 5 июня 1979 г. на это решение, Генеральный директор созвал совещание Комитета в Женеве 19 июля 1979 г.

9. Специальный комитет экспертов провел свои заседания 19 и 20 июля 1979 г. После избрания председателя, Комитет принял решение в отношении новых методов работы. Было решено передать на рассмотрение Генеральному директору все вопросы, связанные с дипломатическими процедурами в отношении различных сторон. На совещании было подтверждено также, что все три эксперта, входящие в состав Специального комитета, несут совместную ответственность. Были определены также критерии оценки медико-санитарного состояния, с тем чтобы дополнить более конкретно общую методологию, созданную при предшествовавших поездках. Генеральный директор был наделен полномочиями для того, чтобы извещать заинтересованные стороны о ходе работы Комитета и его решениях. Комитет предложил одному из своих членов провести обсуждение ряда вопросов в Женеве в отношении условий, касающихся поездки.

10. 11 января 1980 г. в Женеве состоялась встреча между представителем Специального комитета и представителями израильских властей. Израильские власти согласились на признание положений резолюции ВНА30.37 и особенно тех из них, которые имеют отношение к поездкам членов Комитета, посещениям всех территорий и полной свободой передвижения. После имевшего место обсуждения, поездка была намечена на срок с 7 по 20 апреля 1980 г.

11. Совещание Специального комитета состоялось в штаб-квартире ВОЗ в субботу 5 апреля 1980 г. Из числа пяти приглашенных арабских сторон только постоянный представитель Сирийской Арабской Республики и представитель ООН встретились с членами Комитета и сообщили им о медико-санитарных условиях проживания населения на оккупированных территориях.

12. Участники Комитета покинули Женеву 7 апреля и 21 апреля 1980 г. возвратились из поездки.

#### В. ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПО ПОЕЗДКЕ

##### 13. Перечень лиц, предоставивших информацию

###### 13.1 Израильские власти:

- Генеральный директор здравоохранения и его сотрудники
- директора департаментов здравоохранения на оккупированных территориях
- военные губернаторы, отвечающие за вопросы управления на оккупированных территориях
- директор основной компании, ведающий вопросами медико-санитарного страхования ("Купат Холим")
- директор Ашкелонской тюрьмы

###### 13.2 Источники информации на местах:

- руководители районов, которые были посещены
- главные врачи больниц, которые были осмотрены
- мэры и сотрудники муниципалитетов в районе Голанских высот и Западного берега
- арабские доктора, работающие в больницах
- работники здравоохранения: больничные медицинские сестры и вспомогательный персонал в клиниках
- студенты сестринской школы в Рамалла
- воспитатель, отвечающий за бедуинскую начальную школу
- пациенты медико-санитарных учреждений
- Президент Иорданского общества Красного Полумесяца
- местные врачи
- заключенные

Помимо этого, как уже указывалось выше, определенная информация была предоставлена постоянным представителем Сирийской Арабской Республики и представителем ООН.

14. Источники информации

- Министерство медико-санитарной статистики
- статистические данные, собранные на местах
- непосредственные наблюдения
- встречи, организованные в различных местах
- интервью

15. Программа посещений (в хронологическом порядке)

Радуанский центр здравоохранения  
Психиатрический центр в Газе  
Больница Шефа  
Медико-санитарный центр Джабали  
Медико-санитарный центр Дир-эль-Баллах  
Клиника Шех Зуад  
Клиника Джабания  
Клиника Рафия  
Больница Кхан Йонис  
Тюрьма Ашкелон  
Центр здравоохранения Шарм-эль-Шейх  
Клиника Дахаб  
Клиника Вади Сааль  
Клиника Нуэба (племя Тарабид)  
Клиника Нуэба (племя Зена)  
Больница Елиат  
Клиника Масада  
Клиника Маджал Шам  
Клиника Баката  
Больница Сефад  
Региональный центр здравоохранения Кирийя Шмона  
Клиника Ейн Ригер  
Клиника Ейн Кния  
Центр здравоохранения Эль-Бире  
Центр охраны здоровья матери и ребенка Эль-Бире  
Больница Рамаллах  
Фармацевтические склады Рамаллаха  
Сестринская школа Ибн Сины  
Противотуберкулезный центр Иерусалима  
Иерусалимский банк крови  
Центр Иорданского общества Красного Полумесяца, Рамаллаха  
Станция очистки воды Кан  
Больница Тулкарем  
Станция по переработке сточных вод и отходов в Тулкареме  
Центр здравоохранения Наблус  
Больница Рафидиа  
Больница Хеброн  
Центр Баракка  
Клиника Рашида Бедуина (племя аль Рашеде)  
Школа Шейде Бедуин  
Психиатрическая больница в Вифлееме  
Больница Бейт Джала  
Больница Тель Хашомер

## С. АНАЛИЗ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ УСЛОВИЙ

### 16. Демографический анализ

Представленные израильскими властями материалы свидетельствуют о том, что общая численность населения на оккупированных территориях в целом значительно возросла, начиная с 1967 г. Общий показатель смертности также несколько увеличился, но детская смертность сократилась. Комиссия не смогла проверить точность информации по затронутым вопросам. В соответствии с неофициальными местными источниками, особенно в том, что касается коэффициента детской смертности, действительная причина уменьшения показателя детской смертности заключается в том, что статистические данные, которые собирают военные власти, не учитывают детскую смертность в первый месяц после родов.

### 17. Аналитическое описание основных заболеваний

Обращаемость населения в учреждения амбулаторного типа связана прежде всего с острыми и хроническими заболеваниями, среди которых в соответствии с журналами учета заболевания респираторных органов, желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, равно как и некоторые психосоматические состояния, занимают ведущее место.

Комитет обратил внимание также на то, что в некоторых лечебных заведениях спрос на медицинскую помощь больше, чем в других. Очевидно, что эти различия связаны не со структурой заболеваемости, но скорее с административными факторами, такими как число практикующих врачей, их постоянное местонахождение, время работы больничных учреждений и наличие или отсутствие постоянных дежурств медицинского персонала.

Распространенность инфекционных заболеваний в соответствии с данными статистики не вызывает особого беспокойства. Однако отсутствие инфекционных отделений в больницах, за исключением Газы, может быть основанием для неверной оценки распространенности этих болезней.

Более 50% всех консультаций и предоставляемого населению обслуживания в клиниках и больницах связаны с хроническими болезнями. Что касается сердечно-сосудистых заболеваний, то специалист ВОЗ недавно посетил оккупированные территории.

При отсутствии эпидемиологических данных в отношении психиатрических заболеваний, Комитет не смог установить взаимоотношений между психиатрическими заболеваниями как таковыми и психосоматическими реакциями как эндогенными, так и экзогенными. Однако не подвергается сомнению то, что такие состояния являются результатом социального по происхождению стресса, который связан с оккупацией, поскольку она создала неравенство в социальных структурах и способствовала тем самым возникновению напряжений, конфликтов и необычных проявлений в отношениях между слоями общества. Комитет не пришел к определенным заключениям в отношении психических заболеваний на основе исследований, проведенных с выборочными группами населения; однако, с другой стороны, на основании дискуссий, состоявшихся при различных встречах, стало очевидно, что в ряде случаев имеет место социальное отчуждение, связанное с нарушением привычного равновесия на коммунальном уровне. Нарушения социального происхождения, которые неизменно возникают при вторжениях в сферу национальных свобод, независимо от причины такого вторжения, находят психологическое выражение в распространении психических расстройств как на индивидуальном, так и коммунальном уровнях. На протяжении 1979 г. специалистом ВОЗ был проведен соответствующий анализ характера и степени проблем по охране психического здоровья на оккупированных территориях Западного берега и Газы.

## 18. Анализ состояния служб здравоохранения

### 18.1 Инфраструктура-оборудование

#### 18.1.1 Газа-Северный Синай

По подсчетам население сектора Газы составляет около 450 200 человек.

Согласно статистическим данным, собранным на месте, деятельность в области здравоохранения осуществляется в 5 больницах (одна общая больница - 400 коек; одна педиатрическая больница - 150 коек; одна глазная больница - 57 коек; одна факультетская психиатрическая больница - 30 коек; одна больница, находящаяся в совместном ведении правительства/БАПОР - 70 коек), и 21 клинике. Таким образом всего имеется 707 коек, другими словами, одна койка на 636 жителей и 1 клиника на 21 438 жителей.

Необходимо сделать замечания по определенным аспектам инфраструктуры, с которой состоялось знакомство:

- возможности для диагностики в большинстве больниц неадекватны настолько, что для проведения исследований местные врачи вынуждены направлять пациентов в израильские больницы;
- поскольку количество пациентов в пунктах здравоохранения постоянно возрастает, необходимо увеличить количество больничных коек, особенно в родильных домах;
- до сих пор не осуществлен план создания отделений акушерства, гинекологии и хирургии в больнице Шифы;
- в центре в Рафье, обслуживающем 30 000 жителей, приходится проводить стационарное лечение, обходясь несколькими койками, поскольку больница в Хан Юнис, филиалом которой он является, находится на значительном удалении;
- в одном крыле глазной больницы в Радуане находится психиатрический центр на 19 коек (10 - для женщин, 9 - для мужчин). Этот центр, который начинает испытывать перегрузку (врач говорит, что он осматривает 40 пациентов три раза в неделю), нуждается в улучшении оборудования;
- врачи в Хан Юнис жалуются на нехватку оборудования, особенно хирургического оборудования; отсутствует центральная кислородная установка. Тем не менее, больница обслуживает 175 000 жителей, и является единственным центром в этом районе, располагающим ортопедическим отделением на 25 коек, из имеющихся всего с 1974 г. 233 коек. В этой больнице до сих пор не создано отделение интенсивной помощи для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на 4 койки, что Комитет рекомендовал сделать во время прошлой поездки, и на что ВОЗ выделила в 1979 г. 30 000 ам.долл.

#### 18.1.2 Южный Синай

До сих пор оккупированная часть Южного Синая населена приблизительно 3000 бедуинами, большинство из которых проживает вдоль побережья Красного моря на пяти стоянках.

Медико-санитарная помощь этому населению предоставляется центром здравоохранения в Шарм эль Шейх.

Охват медико-санитарной помощью здесь признается удовлетворительным.

#### 18.1.3 Голанские высоты

Система здравоохранения в Голанском районе построена по образцу израильской системы. В этом отношении она отличается от систем на других оккупированных территориях. Большинство жителей этого района пользуется израильской системой страхования, и таким образом обычно имеет право на медицинское обслуживание.

Это обслуживание охватывает, по подсчету военных властей, 13 000 человек, проживающих в пяти поселках, состоящих из 2000 семей. Обслуживание предоставляется в пяти клиниках (в Массада, Майдал Шам, Баката, Эйн Рагар и Эйн Книа). Эти отделения направляют своих больных в региональный центр здравоохранения в Кирья Шмона и в больницу в Сефад.

Представитель общины в Массада сказал нам, что состояние здравоохранения, без сомнения, приемлемое, однако, по сравнению с развитыми странами, еще многое нужно сделать. Раньше придерживались амбулаторной системы, и в серьезных случаях пациенты обращались в Кунейтру или Дамаск. Однако клиника существовала в 1967 г.; она была разрушена, и затем позже перестроена. По словам этого представителя, чтобы разрешить острые проблемы, возникающие из-за лекарственных средств, необходимо срочно создать региональную аптеку, поскольку иногда испытывается нехватка определенных групп продуктов, из-за чего пациентам иногда приходится совершать долгие поездки, чтобы получить лекарственные препараты. Очевидно необходима для обслуживания всего этого района служба скорой помощи, имеющая базу в Массада.

#### 18.1.4 Западный берег

Израильская администрация разделила регион здравоохранения на шесть районов здравоохранения: Енин, Тулкарем, Наблус, Рамаллах, Вифлеем и Хеброн. В каждом районе проживает около 120 000 человек.

Находящаяся в непосредственном ведении военной администрации организация служб здравоохранения включает следующие три раздела: раздел больниц, раздел общественного здравоохранения (центры здравоохранения и клиники) и раздел подготовки специалистов.

В каждом из шести районов имеется местный врач, отвечающий за вопросы здравоохранения. В каждом районе имеется больница общего профиля; в Вифлееме находится психиатрическая больница, обслуживающая весь регион.

Вокруг больниц располагается 141 клиника, 58 из которых занимаются охраной здоровья матери и ребенка, и 18 из которых занимаются исключительно охраной здоровья матери и ребенка. Расположены эти клиники не всегда в соответствии с испытываемыми потребностями.

Лучше всего оборудована больница в Рамаллахе. Директор считает, что за последние 13 лет определенно произошли улучшения, однако потребности населения не удовлетворяются из-за отсутствия определенных приспособлений для диагностики. Например, пациентов приходится направлять в израильские больницы для проведения параклинических исследований (анализы крови, биохимические анализы и т.д.), что ложится бременем на бюджет больницы, в то время как создание региональной лаборатории позволило бы экономить и время и деньги, и во всех случаях значительно облегчило бы обслуживание пациентов. Израильские власти отрицают этот аргумент.

В любом случае, если в качестве осуществления одного из основных принципов общественного здравоохранения намечена децентрализация предоставления помощи, создание лаборатории представляется необходимым.

Врачи считают, что население удовлетворено обслуживанием. Однако были высказаны два критических замечания, касающихся, с одной стороны, общего вида больницы, который оставляет желать лучшего, и с другой стороны, того факта, что пациенты должны иногда пользоваться частными лабораториями или покупать сами определенные лекарственные препараты несмотря на то, что они застрахованы, что вызывает у них чувство разочарования.

Больница в Тулкареме, единственная в этом районе, обслуживает 120 000 жителей. Она располагает 60 койками, разделенными поровну между четырьмя отделениями: общей терапии, педиатрии, гинекологии и хирургии. Оборудование, хотя и усовершенствованное, согласно информации, полученной в больнице, не дает возможности осуществлять определенные процедуры, которые могли бы осуществляться на месте; таким образом радиологическая служба не может проводить гастродуоденальных исследований или исследований с помощью бариевой клизмы, и если бы лаборатория была лучше оборудована, можно было бы избежать использования центральной лаборатории в Наблусе. Коэффициент использования коек весьма низок (от 68% до 70%); причиной является тот факт, что во-первых, некоторые отделения находятся в неисправном состоянии, и во-вторых, население не привыкло

к введенной системе страхования. В последние годы положение несколько улучшилось, но, по сравнению с Израилем и Иорданией, еще многое нужно сделать.

С точки зрения общественного здравоохранения район Наблуса обслуживается: двумя правительственными больницами – одной старой (состоящей из педиатрического, терапевтического и оториноларингологического отделений) и одной новой (хирургической); двумя поликлиниками; четырьмя клиниками; 19 сельскими клиниками; 3 сельскими клиниками по охране здоровья матери и ребенка, и 5 клиниками по охране здоровья матери и ребенка, входящими в другие медико-санитарные объединения.

Больница в Рафидиа обслуживает северную часть района и имеет 120 коек, разделенных между четырьмя отделениями: хирургическим (48 коек), гинекологическим (38 коек), ортопедическим (18 коек) и терапевтическим (12 коек); имеется также 4 койки для оказания интенсивной помощи.

Центральную больницу в Наблусе (в которую входят старая больница и больница в Рафидиа) необходимо поддержать, чтобы предотвратить ее упадок из-за нехватки обслуживающего персонала.

Как информировали Комитет, кроме перечисленных выше пунктов общественного здравоохранения, существуют следующие частные учреждения: 2 больницы, одна на 75 и другая на 65 коек; 17 зубо-врачебных кабинетов; 65 клиник; 27 аптек; 8 складов лекарственных препаратов и 5 лабораторий.

Медико-санитарное обслуживание района Хеброна осуществляется с помощью: больницы на 100 коек; частного родильного дома на 10 коек; 3 частных клиник, одна из которых занимается проблемами регидратации, и 7 клиник по охране здоровья матери и ребенка.

Больница в Хеброне открыта в 1965 г. Она состоит из 5 отделений: общей терапии (28 коек), хирургии (25 коек), педиатрии (20 коек), гинекологии (15 коек) и, с 1978 г., офтальмологии (12 коек). Эта больница нуждается в ремонте. Необходимо изыскать возможности, чтобы смонтировать систему центрального отопления, которая совершенно необходима зимой; электроснабжение часто выходит из строя; вода не поступает на верхние этажи из-за разницы уровней; существует проблема сушки белья, особенно в зимнее время, которая была бы разрешена в случае приобретения сушильной машины. Наконец, необходим лифт для перевозки больных на верхние этажи. Кроме того больница испытывает потребность в новой радиологической аппаратуре. Комитет был информирован о том, что в этой больнице была разработана программа развития: намечается перевод административных служб, лаборатории и банка крови; кроме того, планируется монтаж лифта.

В настоящее время осуществляется план переоборудования санатория в Бараке в радиотерапевтический центр по лечению рака. Этот центр даст возможность децентрализовать лечение онкологических пациентов.

Психиатрическая больница в Вифлееме является единственной больницей данного профиля, обслуживающей сектор Газы и Западный берег. Она имеет 300 коек, коэффициент использования которых превосходит 100%. План расширения, подготовленный до 1967 г., был заморожен. Больница предоставляет амбулаторное обслуживание: бригада из пяти работников социальной помощи предоставляет постоянное обслуживание. Эта единственная в своем роде больничная система далека от совершенства, потому что она заставляет больных совершать длительные переезды и делает медицинское наблюдение за амбулаторными пациентами затруднительным.

Больница в Бейт Яллах располагает 60 койками, разделенными между четырьмя отделениями: терапевтическим, хирургическим, акушерства и гинекологии и ортопедическим. Директор, который исполняет обязанности регионального директора больниц Западного берега, является также хирургом. Отсутствует педиатрическое отделение; это не создает большого количества проблем, так как неподалеку, в Каритасе, имеется детская больница. Директор хотел бы расширить свой госпиталь, потому что в настоящее время он перегружен. Он указывает, что это единственная общественная больница в регионе, и что поступают дополнительные пациенты из других районов, поскольку больница специализируется в области ортопедии. Количество коек, таким образом, необходимо увеличить. Чтобы компенсировать нехватку средств, предоставляемых в его распоряжение, директору больницы в Бейт Яллах удалось два года назад получить помощь извне, которая позволила ему создать отделение радиодиагностики и физиотерапии. Существует неотложная необходимость в оборудовании второй операционной. Кроме того, Комитет отметил, что больница предоставляет консультативную помощь по вопросам аллергологии всему населению Западного берега.



Центр по борьбе с туберкулезом в Иерусалиме расположен в восточной части города. Существуют также два других центра, один в Хеброне, и другой - в Наблусе. В соответствии с информацией, предоставленной его директором, в настоящее время центр обслуживает 311 пациентов из общего числа 769 зарегистрированных человек. В 1979 г. были обнаружены 37 новых пациентов больных туберкулезом. Этот центр испытывает острый недостаток в оборудовании и персонале, что мешает ему взять на себя лечение всех респираторных заболеваний, что, по мнению его директора, можно было бы делать в обратном случае. Комитет отметил, что имеющийся рентгеновский аппарат совершенно не соответствует современным требованиям.

Банк крови в Иерусалиме, расположенный в старом городе, представляет из себя ветхое здание. Как с физической точки зрения, так и с точки зрения запасов, этот банк не отвечает современным техническим стандартам, особенно по сбору и хранению крови. Комитет был информирован о трудности отыскания доноров, не являющихся родственниками пациентов. В настоящее время ежемесячно сдают кровь от 300 до 350 доноров. Имеется пять второстепенных центров, где ежемесячно сдают кровь от 700 до 800 доноров.

По сравнению с пунктами здравоохранения на оккупированных территориях, израильские больницы представляют собой другую картину, благодаря как современному оборудованию, так и качеству предоставляемого обслуживания. Эти больницы обслуживают направляемых в них пациентов с оккупированных территорий. Комитет имел возможность убедиться, что не делается никакого различия между разными пациентами, какого бы они не были происхождения. Однако врачи на оккупированных территориях указывали на трудности, испытываемые при получении для своих пациентов направлений в израильские больницы, из-за продолжительности административных формальностей; это утверждение формально опровергается израильскими властями.

Заключительное мнение Комитета сводится к тому, что в то время как инфраструктура функционирует удовлетворительно с административной точки зрения, она имеет недостатки на практическом уровне, особенно из-за недостатка ресурсов. Комитет также считает, что политика децентрализации и реорганизации должна осуществляться в секторе здравоохранения с помощью оснащения районных больниц и клиник в соответствии с более рациональными установками, чтобы позволить им на месте решать основные проблемы населения.

## 18.2 Кадры здравоохранения - подготовка кадров

Кадры здравоохранения являются серьезной проблемой на оккупированных территориях: врачи, получающие подготовку за границей, не возвращаются, а те, кто работает в этих районах, уезжают, чтобы поселиться в странах, где они находят лучшие условия для существования. Сестринский персонал - мужчины и женщины - получивший подготовку в учебных заведениях на оккупированных территориях, привлекается израильскими больницами, которые предлагают им более высокие зарплаты.

### 18.2.1 Врачи

Статистические данные, предоставленные в распоряжение Комитета администрацией здравоохранения оккупированных территорий, в абсолютном выражении показывают увеличение количества медицинского персонала. Однако, практически рассматривая это утверждение, следует помнить о двух весьма неприятных обстоятельствах, которые умаляют его значимость: неполноценность зарплат и отсутствие возможности для повышения квалификации.

Все врачи-арабы, без исключения, жалуются на резкое снижение уровня жизни; израильские власти мало платят им. Директор больницы в Рамаллах, который работал там еще до оккупации, продемонстрировал какой материальный ущерб он понес с 1967 г. В такой ситуации неудивительно, что врачи обращаются к частной практике в ущерб больницам и, в результате всего, в ущерб интересам населения. Израильские власти в ответ на это серьезное обвинение отвечают, что заработная плата основывается на региональных экономических данных и рассчитывается в соответствии с местной стоимостью жизни. Однако Генеральный директор общественного здравоохранения Израиля информировал Комитет, что он направил в Министерство финансов запрос о возможном пересмотре окладов, особенно сестринскому персоналу.

Медицинский персонал озабочен проблемой профессиональной подготовки и повышения квалификации, которую при существующей системе решить невозможно. По этой причине местные должностные

лица общественного здравоохранения выражают надежду, что ВОЗ может помочь в подготовке персонала всех категорий с помощью увеличения количества стипендий и организации на местах курсов для дальнейшего повышения квалификации. Однако для этого в первую очередь необходимо правильное планирование кадров. Возможно, ВОЗ следует подумать об оказании помощи в этой области.

#### 18.2.2 Сестринский персонал

Сестринский персонал подготавливается в различных учебных заведениях, расположенных на оккупированных территориях.

Существуют два различных учебных заведения в Газе: одно - для подготовки вспомогательных медицинских сестер, проходящих 18-месячный курс (количество студентов - 60 человек, включая 17 женщин), и другое - более высокого уровня, дающее трехлетнюю подготовку (17 учащихся уже прошли полный курс обучения).

В Рамаллах одно учебное заведение уже подготовило 69 медицинских сестер (трехгодичный курс). В настоящее время на первом курсе обучается 21 учащийся, на втором курсе - 20 учащихся и на третьем курсе - 12 учащихся. Это - смешанное учебное заведение. Учащиеся ютятся в тесном здании, которое вмещает не больше 60 человек, не имеет помещения для отдыха и нуждается в ремонте. Более того, в нем нет учебных материалов.

Школа в Наблусе готовит медицинских сестер, проходящих 18-месячный курс обучения, и акушеров, которые учатся два года. Всего в школе обучается 15 учащихся каждой категории.

В училище в Хеброне принимаются только мужчины. В нем обучается 20 учащихся; в августе 1979 г. завершил обучение выпуск, состоявший из 18 учащихся.

В действительности на оккупированных территориях имеется возможность для подготовки сестринского персонала. Проблема заключается в том, что в соответствии с их контрактами, медицинские сестры обязаны работать лишь в течение периода, равного продолжительности их обучения, после чего они отправляются работать в другие места, включая израильские больницы, где они могут получать зарплату, в два или три раза превышающую ту, которую они получали на оккупированных территориях. Это - острая проблема в подготовке сестринского персонала. Местные должностные лица общественного здравоохранения испытывают чувство разочарования. Они готовят персонал для других.

Подготовка медицинских сестер и техников должна также проводиться по тем специальностям, в которых испытывается недостаток.

Здесь также ВОЗ могла бы сыграть важную роль. Однако приходится опасаться, что до тех пор, пока проблема зарплаты не будет разрешена, будет невозможно остановить утечку кадров.

Подготовка специалистов должна быть сосредоточена на технологиях, соответствующих местным потребностям. В этом случае также необходимо четко планировать подготовку специалистов.

#### 18.2.3 Другие категории персонала

Комитет не имел возможности в продолжение отведенного ему времени подробно изучить другие категории персонала (фармацевты, дантисты и т.д.), но кажется, что здесь положение во многом такое же.

#### 18.3 Деятельность служб здравоохранения

Существует ясное различие между лечебными и профилактическими направлениями деятельности, которые не принадлежат к одной вертикальной оси в структуре служб здравоохранения.

##### 18.3.1 Лечебные мероприятия

Лечебная деятельность осуществляется в больницах и клиниках. Она оценивается в соответствии с ее воздействием на уровень смертности в результате различных заболеваний. Ее интенсивность отражена в количестве консультаций и количестве случаев медицинского и хирургического вмешательства.

Статистический документ, предоставленный в распоряжение Комитета, и информация, запрашиваемая во время поездок его членов, отражают масштабы этой деятельности, которая используется населением.

Вместе с тем, эти службы не всегда носят комплексный характер из-за отсутствия местных диагностических средств, нехватки лекарственных препаратов или недостатка подготовленных кадров.

В течение 1967-1969 гг. не произошло увеличения числа больниц или числа больничных коек. С другой стороны, произведенное перераспределение коечного фонда позволило создать специализированные службы, потребность в которых испытывало как население, так и медицинский персонал.

В этот же период в центре внимания продолжал оставаться процесс, начатый до 1967 г. и связанный с предоставлением амбулаторной медико-санитарной помощи: медицинские клиники в городах организуют ежедневные консультации, тогда как большинство сельских клиник и пунктов здравоохранения, где работают на полной ставке медицинские сестры, врач посещает от одного до трех раз в неделю. Существует небольшое количество сельских клиник, которые обслуживаются врачами, предоставляющими ежедневные консультации. Такого рода обслуживание существует, главным образом, в районе Голанских высот и в районе Газы.

Специализированная амбулаторная помощь предоставляется в виде консультаций проходящим больным в больницах на Западном берегу реки Иордан и в районе Синая, а также поликлиниками в Израиле, обслуживающими район Голанских высот. Строительство и создание ряда центров здравоохранения в районе Газы, а также интеграция профилактических и лечебных видов медицинской помощи позволили проводить специальные консультации в указанных центрах в дополнение к амбулаторным консультациям при больницах. Если говорить в общем, то многое еще остается сделать для того, чтобы наладить специализированную нестационарную помощь, что объясняется неудовлетворительным характером проводимой работы.

Оказание помощи в области психиатрии осуществляется, главным образом, в психиатрической лечебнице в Вифлееме. В 1979 г. здесь зарегистрировано 5186 случаев, включая 614 новых случаев, не считая лиц, страдающих депрессией, за счет которых эта цифра могла бы возрасти до 1100 человек. Случаи психиатрических нарушений особенно распространены в Наблусе, Тулкареме и в районе Дженина. Несомненно, что информированность населения о том, что представляют собой психиатрические проблемы, возросла и что значительно возросли также по сравнению с прошлым службы в этой области. Однако, как отмечают специалисты, характер симптомов также меняется. Учитывая социальные потрясения (условия жизни населения, проживание семей в отрыве друг от друга и т.д.), здесь отмечается много случаев больных, страдающих депрессией. Так на 1000 больных согласно утверждению главного врача лечебницы 100 являются эпилептиками, 800 - невротиками и 100 - шизофрениками, пребывающими в маниакальном депрессивном состоянии и т.д.

### 18.3.2 Профилактические мероприятия

Если судить по собранной информации, то с помощью программы иммунизации, осуществляемой в целях профилактики инфекционных болезней, удастся добиться удовлетворительного охвата населения. Необходимо продолжить тщательный контроль за всеми изменениями в графике проведения иммунизации, внесенными в него в 1978 г. для возрастной группы до 12 лет, с учетом изменений стратегии проведения иммунизации против полиомиелита, с тем чтобы можно было произвести оценку ее эффективности.

В соответствии с предложениями, внесенными ранее Комитетом, и на основании результатов посещения этого района специалистом ВОЗ по охране материнства и детства был одобрен целый ряд мер, направленных на улучшение медицинской помощи беременным женщинам и более внимательное наблюдение за состоянием их здоровья, имеющие целью проведение борьбы с основными причинами детской смертности (главным образом, диарейные болезни), наблюдение за ростом и развитием ребенка, контроль за питанием и т.д., т.е. проведение тех мер, которые не получают должного отражения в деятельности на уровне различных подразделений.

Профилактические мероприятия, медицинский осмотр школьников и рабочих по-прежнему налажены слабо и во многих случаях отсутствуют. Принятие в ряде секторов предложенных ВОЗ программ и

их осуществление применительно к местным условиям, будут способствовать ликвидации тех недостатков в осуществлении надзора за состоянием здоровья указанных групп населения, которые существуют в настоящее время.

Профилактические мероприятия не должны ограничиваться только иммунизацией и надзором за состоянием здоровья уязвимых групп населения. В стране, где на долю хронических болезней приходится более 50% случаев, когда население обращается за консультациями и медико-санитарной помощью в клиники и больницы, необходимо наладить медико-санитарное просвещение и осуществлять меры контроля, направленные на профилактику этих болезней. Ревматическая лихорадка может служить примером болезни, которая способствует развитию сердечно-сосудистых болезней и которая особенно распространена в районе Голанских высот.

Профилактика психических болезней, предопределяемых условиями окружающей социальной среды, представляется весьма трудным делом в оккупированной стране, если учитывать те стрессы, которые возникают в данной конкретной ситуации.

Питьевое водоснабжение и адекватное удаление сточных вод являются основными условиями охраны здоровья населения. По этой причине члены Комитета посетили станцию водоснабжения в Кане, обеспечивающую водой город Рамаллах, а также установку по очистке сточных вод в Тулкареме. Согласно полученной на месте информации станция в Кане располагает двумя колодцами глубиной 60 метров и производительностью 3000 м<sup>3</sup> в день. Однако это количество не всегда является достаточным для удовлетворения потребностей населения; в этих случаях приходится использовать систему водоснабжения города Иерусалима. Видимо существует и другой источник водоснабжения, неиспользованный еще до настоящего времени.

Что касается сточных вод, то существует коммунальная система удаления сточных вод, а поскольку индивидуальные установки являются дорогостоящими, то многие люди по-прежнему пользуются семейными уборными.

### 18.3.3 Санитарно-просветительные мероприятия

Имеется основание утверждать, что деятельность в области санитарного просвещения и общественной информации по вопросам здравоохранения слабо налажена на оккупированных территориях. Это можно объяснить тем, что такая деятельность не окажет никакого влияния на состояние здоровья населения, занятого решением других проблем. Как бы там ни было, но нигде не было отмечено наличие практической программы санитарного просвещения.

### 18.4 Конкретные виды деятельности

#### 18.4.1 Медико-санитарные условия в тюрьмах

Члены Комитета посетили тюрьму Ашкелон. Директор тюрьмы сообщил, что в его заведении, в котором содержится 460 заключенных, имеется 34 камеры на 17 или 18 заключенных, 4 - на 8 или 9 заключенных и 2 - на 22 заключенных; размеры камер при этом не были указаны.

Тюремный лазарет обслуживает один медицинский работник мужского пола, занятый полный день; врач предоставляет консультации дважды в неделю. Членам Комитета удалось встретиться с ним. Лазарет оборудован стоматологическим креслом; заключенным периодически оказывается стоматологическая помощь. Как показало посещение лазарета, в нем имеется набор основных лекарственных средств.

Наличие связей с городской больницей позволяет проводить хирургическое и параклиническое обследование. Однако делать это, видимо, не всегда легко.

Члены Комитета встретились с некоторыми заключенными. Некоторые из заключенных, названных директором, заявили, что они удовлетворены медицинским обслуживанием; с другой стороны, представитель медико-санитарной комиссии, созданной самими заключенными, резко критиковал администрацию тюрьмы за игнорирование проблем медико-санитарной помощи и питания заключенных. Он указал на трудность получения, в случае необходимости, помощи со стороны специалиста, отсутствие специфических лекарственных средств и неадекватное состояние пищевых продуктов как в количественном, так и в качественном отношении, что официально отрицалось директором тюрьмы.

#### 18.4.2 Иорданский Красный Полумесяц

Президент Иорданского Красного Полумесяца принял членов Комитета в помещении организации в присутствии Генерального секретаря общества. В ходе дискуссий выяснилось, что общество насчитывает около 500 членов, однако с 1972 г. оно не было в состоянии провести ежегодное заседание.

Бюджет общества составляет 3000 иорданских динар или 9800 ам.долл. Общество получает различные дарственные материалы из частных источников (местных компаний, арабских фирм, других дочерних обществ и т.д.).

Персонал здравоохранения состоит из одного врача, работающего неполное время, и двух медсестер. Деятельность общества заключается в обеспечении населения лекарственными средствами и проведении медицинских осмотров среди детей (осмотрены 150 детей). Ведется строительство небольшой больницы (с лабораторными службами и хирургическим отделением) и родильного отделения на 9 коек. Для удовлетворения потребностей населения требуются лекарственные средства, медицинское оборудование и машина скорой помощи с водителем. Складывается впечатление, что общество Красного Полумесяца испытывает трудности с получением какой-либо иностранной помощи.

#### 18.5 Бюджет здравоохранения

Средства на развитие служб здравоохранения и содержание таких служб поступают из централизованного бюджета здравоохранения, который распределяется между различными территориями. Недостаток средств, необходимых для обеспечения приборами и оборудованием, а также закупку некоторых лекарственных средств, компенсируется в отдельных случаях за счет дарственных взносов, поступающих из-за рубежа (например, в больнице Бейт-Джалла).

Никто из местного персонала - врачей, руководителей здравоохранения или главных врачей больниц - не принимает непосредственного участия в руководстве службами общественного здравоохранения. Все сконцентрировано в руках израильских властей. Поэтому, когда члены Комитета пожелали выяснить, какие были приняты финансовые меры для расширения программ здравоохранения, им не удалось получить информацию на местном уровне. В такой ситуации главному врачу больницы трудно нормально руководить своим учреждением.

Согласно действующего в Израиле закона, касающегося финансовых трудностей, связанных с инфляцией, предусматривается сокращение всех бюджетов на 6%. Однако эти меры, видимо, не коснулись еще сектора здравоохранения.

Западный берег располагает бюджетом в 400 млн. израильских фунтов. Для района Газы выделено 550 млн. израильских фунтов.

Кроме этих ассигнований существует еще бюджет развития, предназначенный для инвестиций, причем уровень первоочередности определяется центральным органом (например, 20 млн. израильских фунтов на больницу Шеефа и 26 млн. израильских фунтов на больницу Рамаллах).

#### 18.6 Обеспечение лекарственными средствами, медицинским и хирургическим оборудованием

Медицинское и хирургическое оборудование распределяется в соответствии с твердыми нормами, тогда как поставка лекарственных препаратов производится в соответствии с номенклатурой, установленной министерством здравоохранения.

Несмотря на попытку упорядочить эту систему, в ней остаются недостатки, выражающиеся в неадекватности оборудования и временной нехватке основных лекарственных средств.

#### 18.7 Вопросы планирования

Деятельность в области здравоохранения базируется на концепции краткосрочного планирования. Местный персонал здравоохранения направляет свои усилия на оценку и анализ медико-санитарной ситуации, производимых на основе перечня служб и определенных расчетов медико-санитарных потребностей. К сожалению, оценка потребностей населения не всегда опирается на абсолютно адекватную систему статистической информации или на эпидемиологические, или социальные исследования,

касающиеся использования служб, отношения врачей или населения или анализа испытываемых потребностей по сравнению с потребностями, определяемыми врачами. Вместе с тем, учитывая состояние оккупации, постановка возможных задач и определение различных средств для их достижения представляется трудным делом. Эта трудность особенно отчетливо проявляется при планировании служб здравоохранения и определении их места в общей системе, направленных на оказание специализированной помощи на региональном и национальном уровнях.

#### 18.8 Участие населения

Члены Комитета обратили внимание на то, что уровень участия населения в области общественного здравоохранения на территориях весьма ограничен, а в отдельных местах население вообще не участвует в этой работе. Это можно объяснить тем фактом, что все службы организованы по принципу "сверху-вниз", в результате чего иногда игнорируются желания и потребности населения. Члены Комитета считают, что службы здравоохранения должны организовываться по принципу "снизу-вверх". Чтобы добиться такой организации необходимо предложить населению стимулы, способствующие его активному участию в планировании и обеспечении деятельности служб здравоохранения. Члены Комитета отметили также, что активное участие населения в службах здравоохранения на территориях не может развиваться должным образом и что, следовательно, службы здравоохранения являются менее эффективными и менее действенными.

#### 19. Медико-санитарное страхование

Система страхования на случай болезни была введена для жителей оккупированных территорий, работающих в Израиле, и для официальных лиц с 1 января 1978 г. Для последней категории лиц страхование на случай болезни является обязательным, а для остальной части населения - добровольным.

Хотя члены Комитета не смогли дать оценку эффективности этой системы, ими было отмечено, что, - если сравнить теперешнюю ситуацию с той, которая существовала несколько лет тому назад - значительная часть населения оккупированных территорий охвачена системой страхования по болезни. Однако все еще имеется много людей на территориях, которые не охвачены системой страхования и которые именно в силу действия указанной системы могут с трудом получить свободную медицинскую помощь или вообще не в состоянии получить ее.

#### D. РЕКОМЕНДАЦИИ

В соответствии с замечаниями, сделанными членами Комитета во время посещения оккупированных территорий, и анализом медико-санитарной ситуации, ими был предложен ряд рекомендаций. Некоторые из указанных рекомендаций уже вошли в доклад, подготовленный в 1978 г., тогда как другие появились в результате работы, проведенной Комитетом во время последнего посещения оккупированных территорий.

1) По мнению членов Комитета не были осуществлены или оказались выполненными лишь частично следующие предложения:

- a) реставрация некоторых существующих зданий и открытие отдельных сельских клиник;
- b) улучшение механизма планирования здравоохранения в области развития служб здравоохранения и подготовки кадров. Подготовка кадров могла бы быть обеспечена, inter alia, за счет предоставления стипендий в различных областях и создания курсов усовершенствования для местного персонала здравоохранения в самом районе;
- c) продолжение усилий, направленных на интеграцию профилактических и лечебных мероприятий в рамках служб здравоохранения;
- d) эпидемиологический надзор в области инфекционных болезней и разработка программ иммунизации на оккупированных территориях;
- e) развитие и интенсификация амбулаторной помощи по основным специальностям в центрах здравоохранения.

В этой связи члены Комитета с удовлетворением отмечают, что в свете данных рекомендаций Генеральный директор командировал на оккупированные территории в течение 1979 г. различных специалистов (в области сердечно-сосудистых болезней, охраны психического здоровья, охраны материнства и детства и общественного здравоохранения) и что на основании их выводов были созданы отдельные программы помощи населению оккупированных территорий. Вместе с тем Комитет с сожалением отмечает, что некоторые программы, по которым была предоставлена помощь ВОЗ, все еще не осуществлены. Это в особой степени относится к отделению по оказанию интенсивной помощи в больнице Хан Юнис.

2) Члены Комитета хотели бы также внести прочие отдельные рекомендации;

- a) создание специализированных служб для инфекционных болезней на каждой из оккупированных территорий;
- b) увеличение количества больничных коек или их перераспределение, особенно в отделениях акушерства и гинекологии, и в педиатрических отделениях;
- c) создание амбулаторных служб, особенно в области охраны психического здоровья;
- d) создание надлежащим образом оборудованных служб для транспортировки и направления к специалистам в экстренных случаях;
- e) создание региональной лаборатории общественного здравоохранения в районе Газа и на Западном берегу;
- f) улучшение методов сбора санитарной статистики;
- g) улучшение условий работы и оплаты местного персонала здравоохранения.

#### Е. ВЫВОДЫ

В преддущем докладе члены Комитета попытались свести воедино целый ряд элементов, которые по их мнению могут способствовать улучшению здоровья арабского населения на оккупированных территориях. Члены Комитета внесли также целый ряд рекомендаций, которые, как они полагают, будут претворены в жизнь, в связи с чем они предлагают ВОЗ увеличить помощь, предоставлявшуюся населению этих территорий в прошлом. Вместе с тем, члены Комитета убеждены в том, что каковы бы ни были изменения в состоянии здоровья населения оккупированных территорий в лучшую сторону, было бы бесполезным предполагать, что здесь может быть достигнуто состояние полного физического, психического и социального благополучия без улучшения условий существования населения, без интеграции населения в привычную для него окружающую среду, без создания условий для возвращения к прежним социально-культурным ценностям; короче говоря, без создания условий, когда оно сможет жить в климате мира и безопасности.

Д-р Traian Ionescu (Председатель)  
(подпись)

Д-р M.H. Soebodro  
(подпись)

Д-р Madiou Touré  
(подпись)

= = =